

جامعة اليرموك

كلية التربية

قسم علم النفس الإرشادي التربوي

نوعية الحياة وإستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد

Quality of Life and Coping Strategies Among Patients With Multiple Sclerosis

إعداد الطالب

خالد حامد مهاوش

إشراف الدكتورة

حنان إبراهيم الشقران

حقل التخصص- الإرشاد النفسي

للعام الدراسي

2015/2014

نوعية الحياة وإستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد

إعداد

خالد حامد مهاوش

بكالوريس إرشاد مدرسي، الجامعة الهاشمية، 2012م

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في التربية تخصص الإرشاد النفسي، جامعة اليرموك، اربد، الأردن.

وافق عليها

د. حنان إبراهيم الشقران .... مشرفاً ورئيساً

أستاذ مساعد في الإرشاد النفسي، جامعة اليرموك

أ.د. عيد محمد كنعان .... عضواً

استاذ مناهج في اساليب تدريس التربية الرياضية، جامعة اليرموك

د. أحمد عبد الله الشريفين ....عضواً

أستاذ مساعد في الإرشاد النفسي، جامعة اليرموك

تاريخ المناقشة

17 / 12 / 2014م

الإهداء

إلى من صورته لم تفارق أبداً عيوني .... وقدر رحل باكراً قبل أن يلتقط حلاوة غرسه

إلى من زرع في بذرة التحدي ... وعلمني إن الحصادات حتى لو غاب أكثر من صيف

إلى روحك الطاهرة يا أبي .... رحمك الله

إلى القلب الحنون ينبوع الصبر والتفاؤل والأمل ..... إلى من تحت أقدامها الجنان

إلى الصدر الذي يضمني كلما ضاقت بي الدنيا .... إلى من أدعو لها بطول العمر والبقاء

إلى أمي الحبيبة ...... طاعة وبراً

إلى من هم عوناً لي على تحمل أعباء الحياة .... إلى من عشت معهم أجمل أيام عمري

إلى أشقاء الروح وسندي في الدنيا ...... إلى من أقوى بهم وتشتد عزيمتي

إلى إخواني وأخواتي .... حباً ووفاءً

إلى الشموع المضيئة في حياتي .... إلى من زاد حياتي جمالاً

إلى من تذوقت معهم أجمل لحظات عمري .... إلى الذين غمروني بصادق ودهم وكامل محبتهم

إلى أصدقائي ...... تقديراً واحتراماً

الباحث

خالد مهاوش

شكر وتقدير

الحمد الله كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه، والشكر له على توفيقه وامتنانه، والصلاة والسلام على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين، وبعد ...

ففي البدء أتوجه بالشكر والتقدير بعظيم السرور وفيض من المحبة، إلى الدكتورة الفاضلة **حنان إبراهيم الشقران** على ما قدمته لي من مساعدة وعون، وعما بذلته من جهد في الإشراف، فلها فضل المشاركة في هذه الرسالة، منذ بزوغ فكرتها إلى إنجازها بهذا الشكل، مما أنار لي دربي في هذا العمل، فلها مني كل التقدير والإمتنان.

كما أتقدم بالشكر والعرفان، إلى الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة الذين تفضلوا بالموافقة على مناقشة هذه الرسالة، والذين سيكون لملاحظاتهم وتوجيهاتهم أثرٌ كبيرٌ في إثراء هذه الرسالة حتى تظهر بالصورة المشرقة.

إن واجب الأمانة والوفاء يدعوني أن أتقدم بوافر الشكر والعرفان إلى جميع أساتذتي في قسم علم النفس الإرشادي والتربوي، وأخص بالذكر الدكتور **احمد عبد الله الشريفين**، والدكتور **فواز أيوب المومني**، لما قدموه لي من علم ومعرفة طيلة فترة دراستي، فلهم مني كل الشكر والتقدير والثناء.

كما أتقدم بالشكر الخاص المفعم بالإحترام والتقدير إلى الزميل ورفيق الدرب بمشواري الدراسي **أيوب عاطف الرياحنة**، والزميلة الفاضلة **ياسمين رافع الكركي**، لما بذلاه من جهد وتشجيع أسهم في إنجاز هذا العمل، جزاهما الله عني كل الخير.

وشكري موصول أيضا لكل من وقف بجانبي وساندني وشجعني وأسهم في آخراج هذا العمل المتواضع. فلهم مني كل المحبة والتقدير.

الباحث

خالد مهاوش

قائمة المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الملاحق

الملخص باللغة العربية

مهاوش، خالد حامد، نوعية الحياة وإستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد، رسالة ماجستير، جامعة اليرموك، 2014 (المشرف : د. حنان الشقران).

هدفت هذه الدراسة للكشف عن مستوى نوعية الحياة، وأبرز إستراتيجيات التعامل، والعلاقة بينهما لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد. تكونت عينة الدراسة من (143) مريضا ومريضة من مرضى التصلب اللويحي المتعدد، تم اختيارهم بالطريقة المتيسرة من مجتمع الدراسة.

ولتحقيق أهداف الدراسة إستخدم الباحث مقياس نوعية الحياة، واشتمل على أربعة أبعاد هي: الصحة الجسمية، والصحة النفسية، والعلاقات الإجتماعية، والبيئة، ومقياس إستراتيجيات التعامل والذي إشتمل على ستة أبعاد هي حل المشكلات والتكيف الإيجابي، والدعم الإجتماعي، والمواجهة، والتفريغ العاطفي، والإسترخاء والترفية، والتدين.

أشارت نتائج الدراسة إلى أن مستوى نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي كان متوسطا، وفيما يتعلق بالأبعاد، جاء بعد العلاقات الإجتماعية في المرتبة الأولى، تلاه بعد البيئة في المرتبة الثانية، ثم بعد الصحة الجسمية في المرتبة الثالثة، وأخيراً؛ جاء بعد الصحة النفسية في المرتبة الرابعة.

وأظهرت نتائج الدراسة أن مستوى إستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي كان متوسطا، وفيما يتعلق بالابعاد جاء بعد المواجهة في المرتبة الأولى، تلاه بعد الدعم الإجتماعي في المرتبة الثانية، ثم بعد التفريغ العاطفي في المرتبة الثالثة، تلاه بعد حل المشكلات والتكيف

الإيجابي في المرتبة الرابعة، ثم البعد الديني في المرتبة الخامسة، وأخيرا؛ جاء بعد الإسترخاء والترفيه في المرتبة السادسة.

وبينت نتائج الدراسة، أن كافة العلاقات بين مستوى نوعية الحياة وأبعادها من جهة، وإستراتيجيات التعامل وأبعادها من جهة أخرى لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد، كانت طردية (موجبة) بإستثناء البعد الديني له علاقة ضعيفة.

وأشارت نتائج الدراسة أيضا إلى عدم وجود فرق دال إحصائيا بين المتوسطين الحسابيين لنوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد يعزى لمتغير الجنس، في حين أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين المتوسطات الحسابية لنوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد، تعزى لمتغيري الحالة الإجتماعية، ومدة الإصابة بالمرض.

وأظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فرق دال إحصائيا بين المتوسطين الحسابيين لإستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد يعزى لمتغير الجنس، بينما أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين المتوسطات الحسابية لإستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد تعزى لمتغيري الحالة الإجتماعية، ومدة الإصابة بالمرض.

الكلمات المفتاحية: نوعية الحياة، إستراتيجيات التعامل، التصلب اللويحي المتعدد.

الفصل الأول

خلفية الدراسة وأهميتها

المقدمة:

تشكل الأمراض المزمنة والخطيرة صدمة نفسية وإجتماعية للمريض ومحيطه، وخاصة إذا كان المرض من النوع المهدد للحياة، مثل مرض التصلب اللويحي المتعدد (Multiple Sclerosis) مما يؤدي إلى تغير جذري في حياة المريض ومن حوله، ويرجع ذلك إلى وجود عجز وظيفي أو عضوي ، مما يزيد من معاناة المريض، والتأثير على نوعية حياته.

يعد مرض التصلب اللويحي المتعدد(Multiple Sclerosis) من الأمراض الخطيرة والمزمنة التي تصيب الوحدة البنائية والوظيفية للجهاز العصبي (Nervous System) ويعرف مرض التصلب اللويحي المتعدد بأنه: إختلال تركيبي وظيفي يتمثل في تمزق الغشاء الميليني المحيط بالمحور الأسطواني للخلية العصبية، وهو أحد اضطرابات الجهاز العصبي ويصنف ضمن الإضطرابات المتعلقة بالمناعة الذاتية، نظراً لأن جهاز المناعة يفشل في تمييز أنسجته الخاصة، فيقوم بمهاجمة الغشاء الميليني المحيط بالمحور الأسطواني(آغا، 2011).

عادةً ما يصيب مرض التصلب اللويحي المتعدد الشباب في عمر(20−40) سنة، ويتميز أيضاً، أن الأناث أكثر عرضة للإصابة به من الذكور، ويصيب العرق الأبيض أكثر من الأسود، وهو أكثر شيوعيا في أوروبا وأمريكا الشمالية (World Health, 2002).

يعاني مرضى التصلب اللويحي المتعدد من الكثير من المشكلات، ومن أبرز هذه المشكلات، عدم قدرة المريض على التأقلم والتكيف بحياته اليومية، ويرجع ذلك لطبيعة مرض

التصلب اللويحي، إذ أنه مرض لا يمكن التنبؤ به، وأعراضه غير ظاهرة وخصوصاً الجديدة منها، وبالتالي ليس لدى المريض القدرة الكافية على التأقلم والتكيف مع الوضع الجديد، وهنا يأتي دور المختصين والمهتمين في هذه الفئة من المرضى للبحث والإستكشاف ووضع الإستراتيجيات المناسبة، وخصوصا فئة المرضى الذين وصل المرض لديهم إلى مستوى التصلب اللويحي الإنتكاسي(McCabe, 2006).

ويشكل هذا المرض عبئاً كبيراً على الفرد وأسرته بشكل خاص، وعلى المجتمع بشكل عام، بسبب تكاليف العلاج والرعاية المرتفعة، لذلك تشكل دراسة نوعية حياة هؤلاء المرضى، مدخلاً جديداً لفهم معايشة الفرد للمرض، اعتماداً على العوامل النفسية والإجتماعية مقابل العوامل المادية والموضوعية(رمضان، 2013 ؛ World Health, 2013).

لذلك بدأت البحوث والدراسات في علم النفس الصحي، وعلم المناعة النفس عصبي، والدراسات النفسية الجسدية تشير إلى ضرورة إدراج العوامل الفردية المعرفية أو النفسية أو الإجتماعية في تقييم حالة المريض وعلاجه، خاصة لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة والخطيرة، وبذلك أصبحت نوعية حياة هؤلاء المرضى عاملاً مهماً في الرعاية الصحية والنفسية(رمضان، 2013).

وهناك العديد من الدراسات العالمية كدراسة مكابي و ستوكس ومكدونالد(McCabe, Stokes, & Mcdonald, 2009) و كليري(Cleary, 2006) و مونتل والبرتيني ودسينولي وسبيتز (Montel, Albertini, desnuelle, & Spitz, 2012) التي تناولت نوعية الحياة لدى هذه الفئة من المرضى لكنها في العالم العربي قليلة جداً مقارنة مع العالم الغربي، ويكاد يكون هذا المفهوم بدلالته الصحية والنفسية مفهوماً حديثاً في العالم العربي، لذلك توجهت الكثير من

الدراسات العلمية الحديثة نحو تحسين نوعية الحياة في مختلف الميادين الطبية والنفسية، وتوجيه الخدمات الإرشادية وأساليبها نحو إستراتيجيات لتحقيق حياة ذات نوعية وجودة للمرضى المصابين بالأمراض المزمنة والخطيرة(كتلو وعبد الله، 2011).

ومن خلال ما سبق نستنتج أن هناك ترابطاً وعلاقة بين نوعية الحياة وإستراتيجيات التعامل، فلكي يتمتع الإنسان بنوعية حياة جيدة، لا بد أن يكون لديه إستراتيجيات يتعامل بها مع أحداث الحياة الضاغطة. ومن هنا جاءت فكرة هذه الدراسة بهدف التعرف على مدى هذه العلاقة بين هذين المتغيرين لدى هذه الفئة من المرضى.

التصلب اللويحي المتعدد: Multiple Sclerosis Disorder

لا يزال السبب الرئيس وراء الإصابة بمرض التصلب اللويحي المتعدد(Multiple Sclrosis) غير معروف وغير مكتشف حتى هذه اللحظة، ولكن يعتقد بعض العلماء والباحثين أن سبب إثارة هذا المرض والإصابة به ناتج عن عوامل بيئية وجغرافية، وفي الوقت نفسه، وجود الإستعداد الوراثي لدى الفرد للإستجابة لهذه العوامل (البحوه، 2011).

يعرف مرض التصلب اللويحي أنه اضطراب عصبي، ينتج من تلف الغشاء الميليني (Myelinated Sheath) المحيط بالمحور الأسطواني للخلية العصبية (Axon or Axis Cylinders) ويتكون هذا الغشاء من عدة طبقات تحتوي على مواد بروتينية ودهنية، مما يسبب التداخل بين الألياف العصبية نفسها في نقل الإشارات العصبية بين الدماغ والحبل الشوكي وبقية الجسم، الأمر الذي يؤدي إلى تعطل الإشارات العصبية لدى الشخص المصاب،

وتختلف درجة تعطل الإشارات العصبية من شخص إلى آخر على مر الزمن تبعاً للمكان الذي يحدث فيه التلف أو التمزق(بني يونس، 2002)

ويتضمن مرض التصلب اللويحي المتعدد، الإستجابة غير الطبيعية لجهاز المناعة (The Immune System) ضد الجهاز العصبي المركزي(The Nervous System) في الجسم، والذي يتمركز في الدماغ والحبل الشوكي. ولهذا يصنف المرض كمرض ذاتي مناعي يهاجم الغشاء الميليني المحيط بالمحور الأسطواني العصبي، وهناك وجهة نظر أخرى من قبل بعض الباحثين، أنه مرض تابع بشكل أيضي، إلا أن سببه المباشر والرئيس غير مكتشف حتى هذه اللحظة(Smeltzer, bare, Hinkle, & cheever, 2008).

ويصنف بلاسير وآخرون (Balcer et al., 2007) مرض التصلب اللويحي المتعدد إلى نوعين رئيسين هما:

التصلب اللويحي الإنتكاسي المتردد (Relapsing Remitting Multiple Sclerosis): وهو النوع الشائع من التصلب اللويحي المتعدد، إذ يواجه فيه9 المرضى في البداية هجمة من الأعراض يطلق عليها إسم المتلازمة السريرية المنعزلة، والتي تظهر بشكل خاص في العمر ما بين (20 - 40) عاماً. وتتمثل الأعراض المرضية لهذا النوع من المرض بوجود ألم في الوجه، وعدم الإستقرار في المثانة، وارتجاف اليدين لعدة أيام، أو اختلال في التناسق الحس – الحركي، وتدوم هذه الأعراض لمدة (24) ساعة على الأقل وربما تمتد إلى عدة أيام. التصلب اللويحي المتزايد المزمن(Chronic Progressive Multiple Sclerosis): ويصيب هذا النوع من المرض المرضى الذين تظهر لديهم أعراض المرض بعد سن الأربعين،

وتستمر أعراضه بالتقدم إلى الأسوأ بدون سبات، وتبلغ نسبة المرضى الذين يعانون من هذا النوع (25%) من بين كل المرضى المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد.

ويصنف البحوة (2011) التصلب اللويحي المتزايد المزمن (chronic Progressive Multiple Sclerosis) إلى ثلاثة أنواع:

التصلب اللويحي المتزايد الثانوي(Secondary progressive): يعتبر هذا النوع التطور الطبيعي للتصلب اللويحي الإنتكاسي المتردد، ويتميز هذا النوع بأن معظم المرضى يصابون بعجز متزايد خلال (10) سنوات من التشخيص الأولي للمريض، وبعد فترة من الزمن، تظهر الأعراض بشكل مستمر على المرضى ولا تختفي بين نوبة وأخرى، ومن هذه الأعراض، التدهور التدريجي للأعصاب والعضلات. التصلب اللويحي المتزايد الأساسي (Primary progressive): وفي هذا النوع من المرض، يعاني المرضى من الهجمات أو الإنتكاسات المتباعدة بينها خمود (أي اختفاء أعراض المرض بشكل مؤقت أو جزئي) قبل أن يصل إلى مرحلة الأعراض المتواصلة وهذا النوع من المرض أقل شيوعاً من سابقه. التصلب اللويحي المتزايد الإنتكاسي(Progressive Relapsing): ويعتبر هذا النوع من المرض نوعاً متقدماً، حيث يعاني المريض من إنتكاسات وهجمات واضحة (إنتكاسات متفاقمة)، وهذه الإنتكاسات هي السبب الرئيس في التراجع الحاد للوظائف العصبية لأجهزة الجسم.

أعراض المرض:

تختلف الأعراض المرضية التي تظهر مع المرض من شخص إلى آخر، ويصعب سريرياً وصف الحالة بدقة، لأنها حالة متقلبة ومتغيرة جداً، ولكن تعتمد شدة الأعراض المرضية

على المناطق المتأثرة من الجهاز العصبي، ومدى الضرر الحاصل في هذه المنطقة، حيث إن بعض الأعراض المرضية دائمة الظهور، وبعضها الآخر قد يحدث أو يزول كلياً أو جزئياً تبعاً لشدة الضرر الحاصل(Balcer et al., 2007).

ويذكر كل من (الحسن، 1997 ؛ Smeltzer, bare, Hinkle, & cheever, 2008 ؛ Agboizebeta & chukwuyeni, 2012) جملة من الأعراض الجسمية والمزاجية والسلوكية والمعرفية لمرض التصلب اللويحي المتعدد تتمثل بما يلي:

الأعراض البصرية: يتحكم العصب البصري في قدرة العين على الإبصار، وعند إصابة العصب البصري بالإلتهاب، يعاني مريض التصلب اللويحي من ضعف في النظر في إحدى أو كلتا العينين، وازدواجية الرؤية، وحركة لا إرادية للعين، وضعف أو تعطل في حركة العين، وضبابية الرؤية(Blurred vision).

الأعراض الحركية: يحتوي الجهاز العصبي المركزي على عددٍ كبيرٍ من الأعصاب الحركية التي تتحكم بالحركة، وكثيراً ما يصاب المريض بضعف وفقدان القوة في عضلات اليدين أو الساقين، والشعور بالثقل بالطرف السفلي للقدمين، وعدم القدرة على تحريك الأصابع، وفقدان التوازن والرعاش(Tremor)، وعدم القدرة على المشي، والضعف في عضلات الوجه، بالإضافة إلى ضعف التآزر الحركي للساقين.

أعراض ضعف التحكم في البول والبراز: وتتمثل هذه الأعراض في: فقدان السيطرة على المثانة، مثل الحاجة إلى التبول في كثير من الأحيان على وجه السرعة، وعدم تفريغ البول بشكل كامل، وتعطل في الأمعاء والذي يشمل الإمساك أو المعاناة في التبرز.

المشكلات الجنسية: وتتمثل هذه المشكلات بفقدان القدرة الجنسية للرجال والنساء، كصعوبة الإنتصاب وتراجع الإستثارة الجنسية، أو الألم عند الجماع.

اضطراب الذاكرة: يعاني المريض من صعوبة في إنجاز المهام، حتى لو كانت مهمة واحدة بسبب فقدان التركيز، كما يصعب على المريض الحكم على الأشياء، وفي النهاية يصاب المريض بفقدان الذاكرة.

تقلبات المزاج: وتتمثل هذه التقلبات في جنوح المريض إلى العزلة والإكتئاب، وحدوث تقلب في الحالة من حزن وبكاء إلى فرح وضحك في أوقات غير مناسبة للضحك والبكاء، كما يعاني المريض من قلة في النوم وفقدان الشهية.

تشخيص المرض:

يعتبر مرض التصلب اللويحي المتعدد من الأمراض التي يصعب تشخيصها، نتيجة تنوع الأعراض وتعقيدها، فيعاني بعض المرضى من أعراض لمدة طويلة وعلى مدى سنوات، وفي هذه المرحلة يكون التشخيص أسهل من إن يكون المريض قد بدأ الإحساس بالأعراض حديثاً، إلى إن التشخيص في مرحلة التدهور في المتزايد الإنتكاسي يكون أكثر دقة(World Health, 2013)

ويتطلب تشخيص مرض التصلب اللويحي المتعدد الحصول على تاريخ سريري مفصل عن المريض، وإجراء فحص عصبي شامل وذلك باستخدام طريقتين: الأولى هي التصوير بالرنين المغناطيسي: وهو عبارة عن مجال مغناطيسي قوي يعطي صورة للدماغ تساعد في تحديد ما إذا كان هناك تلف في الغشاء الميليني أم لا. وتتمثل الثانية في فحص عينة من الحبل

الشوكي: ويتم ذلك من خلال أخذ عينة من السائل المحيط بالحبل الشوكي والدماغ، ويوضح هذا الفحص إذا ما كان التهاب قد أصاب بعض الخلايا العصبية(Agboizebet& Chukwuyeni, 2012).

علاج المرض:

لا يوجد علاج مكتشف ومحدد لمرض التصلب اللويحي حتى هذه اللحظة، لكن بفضل التقدم التكنولوجي في علم المناعة النفسية والعصبية، ظهرت أساليب عديدة لعلاج هذا الإضطراب ومن هذه الأساليب:

العلاج الطبيعي أو التأهيلي: يعد العلاج الطبيعي أو التأهيلي من الأساليب المهمة في معالجة الأعراض المزمنة والحادة لدى مرضى التصلب اللويحي، والتي منها: تيبس العضلات، والإرتعاش، والضعف الجنسي، ومساعدة المريض في تخطي صعوبة عدم التحكم في البول، ويقوم على هذا العلاج مجموعة من الإختصاصيين في مجال العلاج الطبيعي والوظيفي والسمع والنطق وبالأضافة إلى النفسي(Balcer et al., 2007).

المعالجة المناعية باستخدام الأدوية: وجد العلماء والباحثون في علم المناعة العصبية، إن هناك علاجات تعمل على إبطاء المرض، أي السيطرة على الأعراض المرضية عند المريض (الحد من تفاقم الحالة) وتساعد هذه الأدوية المرضى في الحفاظ على نمط حياتهم، ولكن غالباً ما تؤخذ هذه الأدوية على مدى طويل جداً(Smeltzer et al., 2008).

نوعية الحياة

تعتبر نوعية الحياة (Quality of life) من أهم المتغيرات النفسية والإجتماعية التي ظهرت بعد منتصف القرن العشرين، والتي حظيت باهتمام كبير، بدءاً بالدراسات الإقتصادية والسياسية، ثم الإجتماعية والنفسية، وتالياً الطبية والصحية ، ويرتبط مفهوم نوعية الحياة بكل فرد من أفراد المجتمع مريضاً كان أم سليماً، فهو مفهوم يسعى كل فرد من أفراد المجتمع إلى تحقيقه(رمضان، 2013).

ويؤكد كل من بونومي وباتريك وبوشنيك (Bonoml, partick, & bushnek, 2000) إن نوعية الحياة تمثل مفهوماً واسعاً يتأثر بجوانب متداخلة من النواحي الذاتية والموضوعية، مرتبطة بالحالة النفسية للفرد، ومدى الإستقلال الذي يتمتع به، والعلاقات الإجتماعية التي يكونها، فضلا عن علاقته بالبيئة التي يعيش فيها.

ويرى الباحث أنه على الرغم من التعريفات المتعددة لنوعية الحياة، الا إن هناك اهتماماً ملحوظاً وكبيراً من قبل الباحثين حول هذا المفهوم، لأهمية هذا المفهوم ومدى تأثره على مختلف جوانب الحياة بالنسبة للفرد.

مفهوم نوعية الحياة:

يعرف كتلو وعبد الله(2011) نوعية الحياة(Quality of Life) بأنها إدراك الفرد لموقعه في الحياة في سياق الثقافة والقيم التي يعيش فيها، وربطها مع أهدافه الخاصة وتوقعاته ومعتقداته. كما عرف ريبكارنيوك (Renwick, 2006)(والمشار إليه في الهنداوي، 2011)

نوعية الحياة بأنها الدرجة التي يشعر فيها الفرد بأهمية ما يملك مهما كان ضئيلا، ويستمتع بـه، وهو نتاج خبرة الفرد و رضاه عن إمكانياته.

ويعرف بونجر (Bognar, 2005) نوعية الحياة بأنها تمثيل للرفاهية الحياتية بالنسبة للإنسان بصفة عامة، والعوامل المؤثرة في حياته بصفة خاصة، أما ستارك وغولدسبري(Stark & Gldsbury, 1995) فيعرفا نوعية الحياة بأنها انعكاس ألذات الإنسانية، مع تحقيق الشعور بالرضا والسعادة والإشباع والنجاح.

وفي رأي روبن(Rubin) (والمشار إليه في الهمص، 2010) إن نوعية الحياة هي الدمج والتكامل بين عدة إتجاهات لدى الفرد من ناحية الصحة الجسمية والنفسية والحياة الإجتماعية، متضمنة كلاً من المكونات الإدراكية(component cognitive) والرضا(Stasis faction) والمكونات العاطفية(Emotional component) والتي تشمل السعادة(Happiness).

ويعرف أبو سريع وآخرون(2006) نوعية الحياة بأنها المشاعر الذاتية للسعادة الشخصية، والرضا عن النفس وعن الجوانب ذات الأهمية في حياة الشخص. أما رينيه وآخرون (Reine et al., 2003) فيعرف نوعية الحياة بأنها إحساس الفرد بالسعادة والرضا في ضوء ظروف الحياة الحالية، وأنها تتأثر بأحداث الحياة، وتغير حدة الوجدان والشعور، وأن الإرتباط بين تقييم نوعية الحياة الموضوعية والذاتية يتأثر باستبصار الفرد.

وبعد استعراض العديد من الدراسات والبحوث لبعض الباحثين التي تناولت نوعية الحياة، تبين أنه لا يوجد تعريف محدد وواضح يستند إليه الباحثون لمفهوم نوعية الحياة، وهذا ما أشارت

إليه دراسة كل من جريج بونجر (Greg Bognar, 2005) وستارك وغولد سبري(Stark & Gldsbury, 2005) ورينيه وآخرين(Reine et al., 2003).

وعليه يعرف الباحث نوعية الحياة: بأنها وعي الفرد بتحقيق التوازن بين الجوانب الجسدية والنفسية والإجتماعية لتحقيق الرضا عن الحياة والإستمتاع بها، فهي تعبر عن التوافق النفسي لدى الفرد كما يعبر عنها بالسعادة والرضا عن الحياة.

النماذج النظرية المفسرة لنوعية الحياة:

تعددت النماذج النظرية المفسرة لنوعية الحياة، إذ تناولت بعضها مفهوم نوعية الحياة من منظور فلسفي شامل، وبعضها تناولته من منظور الأبعاد التي يشتمل عليها، وفيما يلي أهم ثلاثة نماذج لنوعية الحياة.

النموذج الإنساني: Humanistic Perspective

يرى هذا النموذج أن فكرة نوعية الحياة بحاجة دائماً إلى الإرتباط بين عنصرين رئيسين هما: وجود كائن حي ملائم، ووجود بيئة جيدة ومناسبة يعيش فيها هذا الكائن، وذلك لان ظاهرة الحياة تبرز إلى الوجود من خلال التأثر المتبادل بين هذين العنصرين، وهناك البيئة الطبيعية، والتي تتمثل بالموارد الطبيعية التي تشكل مقومات حياة الفرد، والبيئة الإجتماعية، وهي التي تضبط سلوك الأفراد والجماعات طبقا للمعايير والقيم السائدة في المجتمع، كما أن هناك البيئة الثقافية، التي تقاس نوعيتها بقدرة الفرد على صنع بيئة حضارية مادياً أو معنوياً (رضوان، 2006).

ويؤكد النموذج الإنساني في تفسيره لنوعية الحياة على مفهوم الذات (Self Concept)، وبيّن أن حقيقة الحياة الإنسانية تنطوي على إمكانيات هائلة لتحقيق أفضل المستويات للتصور والإرتقاء في الحياة (مبارك، 2011).

النموذج المعرفي:Knowledge Perspective

وينطلق هذا النموذج من فكرتين رئيستين لتفسير نوعية الحياة هما: أن طبيعة إدراك الفرد هي التي تحدد درجة شعوره بنوعية حياته، وأن العوامل الذاتية هي الأقوى أثراً من العوامل الموضوعية في درجة شعور الأفراد بنوعية حياتهم، ومن أبرز النماذج المعرفية في تفسير نوعية الحياة.

نموذج شالوك:Shalock Perspective

يرى شالوك(Shalock, 2006) (والمشار إليه في الكرخي، 2011) أن مفهوم نوعية الحياة مكون من ثمانية مجالات، وكل مجال يتكون من ثلاثة مؤشرات، وتؤكد جميعها على أثر الأبعاد الذاتية، كونها المحددات الأكثر أهمية من الأبعاد الموضوعية في تحديد درجة شعور الفرد بنوعية الحياة وفيما يلي المجالات الثمانية، ومؤشرات كل مجال من هذه المجالات:

- مجال السعادة الوجدانية: ويشتمل على المؤشرات التالية: الرضا، ومفهوم ألذات، وانخفاض الضغوط.
- مجال العلاقات الشخصية: ويشتمل على التفاعلات، والعلاقات، والمساندة.
- مجال السعادة المادية: ويشتمل على الحال المادية، والعمل، والمسكن.
- مجال النمو الشخصي: ويشتمل على التعليم، والكفاءة الشخصية، والأداء.

- مجال السعادة البدنية: ويشتمل على الصحة، والأنشطة اليومية، ووقت الفراغ.
- مجال تقرير المصير: ويشتمل على الإستقلالية، والأهداف والإختبارات.
- مجـال الإنـدماج الإجتمـاعي: ويشـتمل علـى التكامـل، والتـرابط الإجتمـاعي، والأدوار الإجتماعية.
- مجـال الحقـوق البشـرية والقانونيـة: ومـن مؤشـراته، الحقـوق الفرديـة، وحقـوق الجماعـة، والقانون والعمليات الواجبة.

النموذج التكاملي: Integrative perspective

يرى اصحاب هذا النموذج نوعية الحياة أنها الحياة الجيدة للفرد والتي يمكن تحقيقها من خـلال ثلاثـة أنمـاط مـن العوامـل: العوامـل الذاتيـة، والعوامـل الموضـوعية، والعوامـل الوجوديـة، ويوضح أندرسون (Anderson, 2003) شرطاً تكاملياً لمفهوم نوعية الحياة، معتمداً على مفاهيم السعادة (Happinss)، ومعنى الحياة(Meaning of life) ونظام المعلومات البايولوجي (The biological information system) والحياة الواقعية (Realizing life) لتفسير نوعية الحياة.

ويرى هذا النموذج أيضا أن إدراك الفرد لحياته، يجعله يقيم شخصياً ما يدور حوله، كما يمكنه أن يكون أفكاراً عن الحياة لكي يصل إلى الرضا عن الحياة (Life Satisfaction)، وأن هنـاك ثـلاث سمات مجتمعـة معاً تـؤدي إلـى الشـعور بنوعيـة الحيـاة هـي: الأفكـار ذات العلاقـة بالهدف الشخصي الذي يسعى الفرد إلى تحقيقه، المعنى الوجودي الذي يقع في وسط العلاقة بين الأفكار والأهداف، الشخصية والعمق الداخلي(الغباشي والشويخ، 2009).

وفي ضوء هذه السمات يرى فينتي جوة (Ventegodt, 2003) أن النموذج التكاملي له مؤشرات دالة على نوعية الحياة، ومن أهم هذه المؤشرات:

- أن شعور الفرد بالرضا هو الذي يشعره بنوعية حياته، وأن هذا الشعور يتحقق من خلال: وضع أهداف واقعية يستطيع تحقيقها، والسعي إلى تغيير كل ما يحيط به لكي يتلائم مع أهدافه.
- أن إشباع الحاجات لا يؤدي بالضرورة إلى رضا الفرد وشعوره بنوعية الحياة، فهو أمر نسبي يختلف باختلاف الأفراد واختلاف الثقافات التي يعيشون فيها.
- أن استغلال الفرد لإمكانياته في نشاطات إبداعية، وعلاقات إجتماعية جيدة، وأهداف ذات معنى، كل هذا يشعر الفرد بنوعية الحياة.

إستراتيجيات التعامل

يواجه الإنسان خلال مسيرة حياته العديد من المشكلات والصعوبات والمتاعب والأزمات، والتي تحتاج إلى اتخاذ القرارات المختلفه، كما قد يواجه الإنسان أحداثاً مؤثرة وصادمة، وتعتبر كيفية إستجابة الإنسان لهذه الأحداث والمواقف، عملية معقدة تعتمد على العوامل الشخصية والبيئية، فبعض الأفراد يمتلكون العديد من المهارات والإستراتيجيات والأساليب التي تمكنهم من تجاوز هذه الأحداث والمواقف، في حين يعاني بعض الأفراد من نقص في المهارات والأساليب المنطقية لمواجهة الأحداث الضاغطة والصادمة، والتعامل معها بشكل مناسب وتجاوزها(جادالله، 2008).

ويعد مفهوم إستراتيجيات التعامل (Coping Strategies) من المفاهيم التي بدأ تداولها في بداية الستينات من القرن العشرين، من خلال مجموعة من المصطلحات شملت ميكانيزمات

التعامل (Coping Mechanism) ومهارات التعامل(Coping Skills) وأساليب التعامل (Coping Style) أو إستراتيجيات التكيف(adjustment) أو جهود التعامل(Coping Efforts)(الخفش، 2001).

وتعتبر دراسة مورفي (Murphy, 1962) (المشار اليها في المغدري، 2004) من أقدم الدراسات التي اشارت إلى مصطلح التعامل(Coping) بأنه عبارة عن مجموعة من الأساليب التي يستخدمها الفرد للتعامل مع المواقف الضاغطة من أجل السيطرة عليها، كما أنها عملية منظمة ومرنة وتستخدم فيها إستراتيجيات معينة تكون موجهة نحو الذات، أو إلى مصدر التهديد الخارجي.

ويرى ساندبرج(Sandberg, 2005) ان إستراتيجيات التعامل ليست طرقاً ثابتة يتم استخدامها عند الحاجة إليها، إنما هي عبارة عن أساليب متغيرة تبعا لتفسير الأحداث والمواقف المثيرة للتوتر، فالأفراد يغيرون مواقفهم باستمرار، ويقيمون باستمرار إستراتيجيات التعامل لديهم من موقف لآخر، ويحدث هذا التفسير لأن الأفراد يقيمون باستمرار المواقف التي يتعرضون لها. كما أن التعامل مع الموقف الواحد يتغير من شخص لآخر تبعا لعدة عوامل مثل: خبرات الفرد المعرفية، ومستوى المهارات الإجتماعية لديه.

نستنتج مما سبق أنه يمكن النظر إلى مفهوم إستراتيجيات التعامل عن طريق ثلاثة عوامل أساسية متداخلة مع بعضها البعض وهي: المهارات الشخصية، متل مهارات الإتصال، والمهارات المعرفيه، كالقدرة على التفكير في بدائل ، والمهارات الإجتماعية، التي يتم اكتسابها من خلال المجتمع ، كما تشتمل على توجهات الفرد نحو ذاته ومدى تقديره لذاته . والعامل الثاني تتمثل في الطرق التي اعتاد الفرد أن يستخدمها في تعامله مع المشكلات ، مثل مواجهة

المشكلة والإعتراف بها أو الهروب والتجنب وإنكار وجود مشكلة. اما العامل الثالث فهو الجهود المبذولة في التعامل، وتتمثل في ردود فعل الفرد تجاه الموقف الموتر سواء أكانت ردودا خارجية كالتعبير عن مشاعر الغضب أو الحزن، أو ردوداً داخلية مثل كبت مشاعر الحزن أو الغضب أو رفض التفكير بالمشكلة (جاد الله، 2008 ؛ Cincotta, 1993).

إستراتيجيات التعامل الإيجابيه: Active Coping Strategies

هناك العديد من استرتيجيات التعامل الإيجابية التي يلجأ إليها الفرد في المواقف الصادمة والضاغطة وهذه الإستراتيجيات هي :

إستراتيجيات الدعم الإجتماعي: Social Support Strategies

وتعني قدرة الفرد على الحصول على المساعدة والدعم والحماية من خلال إستثمار شبكة العلاقات الإجتماعية كمصدر من مصادر القوة الذاتية. إذ لا يستطيع الإنسان أن يعيش بمفرده فهو بحاجة إلى أن يتفاعل مع المجتمع من حوله حتى يتمكن من العيش(المومني والزغول، 2011 ؛ Mehta, 2007).

ويرى كل من (المطيري، 2007 ؛ الخفش؛ 2001 ؛ وجاد الله، 2008) بأن هناك نوعين من مصادر الدعم الإجتماعي، هما :

- مصادر الدعم الداخلية: وهي مصادر الدعم والمساعدة ضمن نطاق الأسرة، وتشمل دعم الوالدين والأخوة و الأقارب والأصدقاء، كما تشمل أيضا منظومة القيم التي يكتسبها الفرد من الدين والأسرة المحيطة به.

- مصادر الدعم الخارجية: وهي المصادر التي يتم الحصول عليها من خلال أخصائي نفسي أو فريق طبي أو من خلال المؤسسات الإجتماعية التي تقدم الدعم الإجتماعي والمادي.

ويقسم كل من ستاجس ولونج وماسون وكرشان وريجر (Stages, Long, Mason, Krishnan, & Riger, 2004) الدعم الإجتماعي إلى ثلاثة أقسام :

- الدعم العاطفي: وهو الدعم الذي نبحث عنه عند حاجتنا لشخص نعبر له عن مشاعرنا، ويشتمل على تقديم المودة والطمأنينة، والحب، والإهتمام، والإحساس بالمشاعر.

- الدعم المادي: هو الدعم الذي نحتاجه عند وجود مشكلة لا نستطيع التعامل معها بمفردنا، ويتضمن تقديم المساعدات المادية المباشرة، وغير المباشرة، والخدمات الضرورية.

- الدعم المعلوماتي: أي الدعم الذي نبحث عنه عند حاجتنا إلى النصيحة التي تساعد الفرد على فهم مشكلاته أو حصوله على تغذية راجعة حول مشكلة ما .

ويمكن القول أنه كلما تعددت مصادر الدعم لدى الفرد يصبح قادراً على التعامل بشكل أفضل مع المشكلات والضغوط والأزمات التي تواجهه في حياته.

إستراتيجيات التعامل المعرفية والسلوكية:

وهي الإستراتيجيات التي تحتاج إلى تفكير، أو القيام بنشاط معرفي أو سلوكي، في سبيل مواجهة الضغوط والأزمات والمواقف الصادمة والموترة التي تواجه الفرد في حياته، وقد استمدت هذه الإستراتيجيات من النظريات المعرفية والسلوكية، ومن أهم هذه الإستراتيجيات مايلي:

اولاً : إستراتيجية حل المشكلات: Problem Solving Strategy

تعتبر إستراتيجية حل المشكلات من الإستراتيجيات الفاعلة في مواجهة الأزمات، ويمكن تعريفها بأنها : العملية التي يركز فيها الفرد على المشكلة أو المواقف الضاغطة، للتوصل إلى الطرق المثلى والمناسبة للتعامل مع الموقف الضاغط والموتر، من خلال فهم المشكلة ووضع البدائل للحلول الممكنة(ملحم، 2007).

ثانياً : إستراتيجية إعادة البناء المعرفي: Cognitive Restructuring Strategy

وهي أحد الإستراتيجيات المعرفية القائمة على مساعدة الفرد في تقبل الحقيقة الأساسية للحدث أو الموقف الضاغط، من خلال تطوير التفكير و تنظيم الإدراك من أجل إعادة بناء الحقيقة بطريقة تصبح مقبولة بالنسبة للفرد، ومحاولة فهمها بشكل آخر لا يولد الضغط. ويمكن ان تتضمن هذه الإستراتيجية، تذكير الفرد بالجانب الأسوأ الذي وصلت اليه المشكلة، وتغيير القيم والأولويات، ومقارنة الفرد مع غيره من الآخرين، والتركيز على الجانب الإيجابي للحدث (المومني والزغول، 2011 ؛ مصطفى، 2006).

ثالثا : إستراتيجية الحديث الإيجابي مع الذات: Positive self talk Strategy

وهي من الإستراتيجيات القائمة على أن الفرد يمكن ان يحدث نفسه بأنه يمتلك مهارات وقدرات للتعامل مع المشكلات والأزمات، وأن لديه القدرة على استخدامها بفعالية، مما يدعم قدرته على التعامل مع المشكلات والأزمات المختلفة(الاطرش، 2000 ؛ تلاحمه 2006).

رابعا : إستراتيجية الضبط الذاتي: Self Control Strategy

وتعتبر إحدى إستراتيجيات التعامل التي يلجأ إليها الفرد عندما يتعامل مع أزمات ومواقف موترة، من شأنها أن تؤثر تأثيراً إيجابياً على التحكم والسيطرة لديه، على الرغم من شدة الموقف والاثارة التي يشعر بها، وتبين هذه الإستراتيجية مدى تحمل الفرد مسؤولية أفعاله، وما يتخذه من قرارات، من خلال التحكم بذاته، وضبط المثيرات التي تزيد من حدة المواقف والأزمات (الخفش، 2001). ويرى باندورا (Bandora) أن الضبط الذاتي يتكون لدى الفرد من خلال خبرات الحياة والاشخاص الذين يعتبرهم الفرد أنموذجاً له، حيث يطور الفرد الضبط الذاتي لديه من خلال ملاحظة كيف يتعامل الآخرون بنجاح مع تحديات الحياة، ومن خلال التعليم المقدم له والمساعدة التي يتلقاها اثناء نموه(kleink, 1990).

خامساً:إستراتيجية الإسترخاء: Relaxation Strategy

تعتبر من الإستراتيجيات المهمة التي تستخدم في مواجهة المواقف الضاغطة، وذلك لما لها من أثر فاعل في التخفيف من مستوى القلق والتوتر لدى الفرد، والوصول إلى حالة من الهدوء والراحة، من خلال خفض نشاط الجهاز العصبي الذاتي، ويشتمل الإسترخاء على عدة

إستراتيجيات مثل : تمارين التنفس العميق، والإستلقاء في مكان مريح، والإستمتاع بسماع موسيقى هادئة(جادالله، 2008؛ حاج امحمد، 2013).

إستراتيجية التمارين الرياضية : Sport Exercises Strategy

تعتبر إستراتيجيات التمارين الرياضية من اكثر الإستراتيجيات فعالية للحصول على تغيرات إيجابية في حياة الفرد، اذ انها تمنح الفرد الاحساس بضبط النفس والشعور بالإنجاز، كما أنها تعطي الفرد فرصة للتواصل مع الآخرين، مما يمكن الفرد من التعامل الفاعل مع المواقف الضاغطة وخفض التوتر والقلق(عسكر، 2003).

إستراتيجية روح الدعابة والمرح :Humorous and Fun Strategy

إن استخدام إستراتيجية روح الدعابة والمرح من قبل الفرد عندما يواجه مشكلة ما يعمل على تجنب النتائج السلبية لهذه المشكلة، وتطوير شعور الفرد بالدعابة الذاتية. كما ان استخدام الدعابة والمرح تسمح بتحقيق توازن أكبر وإجراء تقييمات أولية أكثر موضوعية، علاوة على تأثيرها الإيجابي على الأفراد المحيطين به، إذ يشجعهم هذا على تقديم المزيد من المساعدة (تلاحمة، 2006 ؛ مصطفى، 2006).

إستراتيجية الترفيه: Entertainment Strategy

وهي من إستراتيجيات التعامل التي يلجأ إليها الفرد في مواجهة المواقف الضاغطة، وتتمثل هذه الإستراتيجية في التنزه، والإستماع إلى الموسيقى، ومشاهدة التلفاز، والخروج مع الأصدقاء(الداهري، 2005).

الإستراتيجية الدينية : Religion Strategy

يعتبر اللجوء إلى الدين من الإستراتيجيات المهمة والفاعلة للعديد من الأفراد، وعلى الرغم من أن هناك مشكلة في تصنيف الدين كإستراتيجية، حيث يلجأ بعض الأفراد إلى الدين عند الوقوع والتعرض لمواقف ضاغطة لأسباب مختلفة، وعلى الرغم من أن هذه الإستراتيجية لم تأخذ الإهتمام الكافي في البحوث والدراسات حتى الآن، الا ان بعض الدراسات والبحوث قد اشارت إلى أن الأفراد الذين يمارسون النشاطات الدينية والروحانية، تؤثر تأثيراً إيجابياً على الصحة الجسمية والنفسية(حاج امحمد، 2013 ؛ ملحم، 2007 ؛ مصطفى، 2006).

إستراتيجيات التعامل السلبية :Passive Coping Strategies

نتيجة لعدم اكتساب الفرد مهارات التعامل الإيجابية، أو نتيجة لعدم الخبرة والتجربة لدى الفرد للتعامل مع مواقف الحياة الضاغطة والصادمة، فقد يلجأ الفرد إلى إستخدام إستراتيجيات سلبية للتعامل مع هذه المواقف الضاغطة والصادمة، ومن أبرز هذه الإستراتيجيات:-

إستراتيجية الحيل الدفاعية : Defense Mechanisms

تعتبر هذه الإستراتيجية من الإستراتيجيات اللاشعورية، حيث تساعد الفرد وتحميه من الخوف الشديد وخفض التوتر، وتعتبر هذه الإستراتيجيات غير واقعية وتعمل على تشويه الواقع(Moos & HolahanK, 2003). من أهم هذه الإستراتيجيات:

الإبدال أو التحويل: وهي حيلة نفسية هدفها ابدال الموقف المؤلم الذي فيه تهديد، بموقف آخر آمن، حيث يعتمد الإبدال أو التحويل على وجود صلة بين الموقف الأصلي والموقف البديل،

ويتم ذلك من خلال تصريف ازدياد التوتر عن طريق الجسد، ومن مظاهره: الإفراط في الأكل، وكثرة التدخين، والإفراط في الجنس(المومني والزغول، 2011 ؛ الموصلي ومحمود، 2007).

الكبت: وهو عبارة عن آلية تعامل تعتمد على إبعاد الأفكار والدوافع والخبرات المؤلمة من حيز الشعور إلى حيز اللاشعور، ويعتبر الكبت آلية تحايل وليس وسيلة بناء، وهذه الآلية لا تحل مشكلة بل تعتمد على حصر المشكلة في إطار محدد واستعادتها في ظروف وإجراءات معينة(تلاحمة، 2006).

التجنب والهروب: يلجأ الفرد إلى هذه الآلية في حال عدم توافر الإمكانيات والقدرات اللازمة لمواجهة المواقف الضاغطة أو الصادمة، حيث يلجأ الفرد للتجنب والهروب، أما إذا فشل في تجنب الموقف الضاغط ولم يستطع مقاومته، فإنه يلجأ إلى العقاقير المخدرة حيث يجد فيها وسيلة للهروب من المواجهة، وغالبا ما يصاحب هذا السلوك الشعور بالإكتئاب وعدم الإهتمام(Littleton, 2007).

العدائية: إن الضغوط بإنواعها كافة تقود الفرد إلى الغضب والعدوان، حيث يقوم الفرد في هذه الإستراتيجية بهجوم عدواني لفظيا أو جسديا بهدف تغيير الواقع، وأحيانا تكون العدائية مباشرة ضد السبب المباشر للضغط، وقد تكون موجهة نحو أهداف أخرى في متناول اليد، وذلك عندما يكون مصدر الضغط غامضاً أو قوياً أو خطراً، وفي حال لم يحقق الفرد هدفه الذي يطمع لتحقيقه قد تظهر عليه العديد من الإستجابات كالغضب والإحباط(ملحم، 2007 ؛ الهابط، 1985).

النكوص: وهي آلية لا شعورية يعود بها الفرد إلى أنماط وأساليب سلوكية تنتمي أو تتناسب مع مرحلة من مراحل نموه السابقة، التي كان يشعر بها بالأمن والإستقرار هرباً من الواقع المؤلم الذي يعيشه، وأهم ما يميز هذه الآلية هو عدم تلاؤم سلوك الفرد مع المرحلة العمرية التي يعيشها (حاج امحمد، 2013).

كبش الفداء: حيث يقوم الفرد في هذه الإستراتيجية بإرجاع أسباب فشله إلى عوامل وظروف خارجية، و لا يلوم نفسه، بل يلوم الآخرين لأنهم تسببوا في فشله، ويسقط عن نفسه المسؤولية(طه وسلامه، 2006 ؛ الموصلي ومحمود، 2007).

مشكلة الدراسة وأسئلتها:

يتميز مرض التصلب اللويحي المتعدد بظهوره لدى فئة عمرية مهمة، وهي فئة الشباب المشاركة في نواحي الحياة كافة، وانعكاسات هذا المرض سلباً على فاعلية أداء المصابين وإنتاجيتهم، وما يترتب عليه من تكلفة عالية في العلاج، وهدر للطاقات المادية والبشرية.

حيث تبلورت مشكلة الدراسة في ذهن الباحث بعد إطلاعه على الأدب النظري والدراسات التي تناولت نوعية الحياة، وإستراتيجيات التعامل، لدى هذه الفئة من المرضى، وأتفاق أغلبية هذه الدراسات على أهمية هذه المتغيرات في حياة هذه الفئة من المرضى.

ومن خلال اطلاع الباحث على الأدب النظري والدراسات السابقة المتعلقة بكل من متغيري نوعية الحياة وإستراتيجيات التعامل لدى هذه الفئة من المرضى، تبين للباحث عدم وجود دراسات مباشرة تناولت المتغيرات سابقة الذكر مجتمعه على البيئة العربية، وذلك حسب حدود إطلاع الباحث الأمر الذي يعزز من أصالة الدراسة الحالية في دراسة هذه المشكلة.

وعلى وجه التحديد حاولت هذه الدراسة الإجابة عن الأسئلة التالية:

1. ما مستوى نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد؟
2. ما أبرز إستراتيجيات التعامل المستخدمة من قبل مرضى التصلب اللويحي المتعدد؟
3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية($\alpha = 0.05$) في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد تعزى لمتغير الجنس، والحالة الإجتماعية، ومدة الإصابة بالمرض؟
4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية($\alpha = 0.05$) في مستوى إستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد تعزى لمتغير الجنس، والحالة الإجتماعية، ومدة الإصابة بالمرض؟
5. هل توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية($\alpha = 0.05$) بين مستوى نوعية الحياة وإستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد؟

أهمية الدراسة:

تنبثق أهمية الدراسة من أهمية الصحة الجسمية والنفسية للفرد والتكامل القائم بينهما:

الأهمية النظرية:

تبرز أهمية هذه الدراسة من الناحية النظرية أنها تسلط الضوء على موضوع بحثي حديث، ندرت الدراسات العربية حوله حسب علم الباحث، إلى جانب ذلك قدمت الدراسة الحالية فهماً نظرياً لعلاقة المتغيرات النفسية في مسار مرض التصلب اللويحي المتعدد، وبالتالي أثرت الأدب النظري في مجال الصحة الجسمية والنفسية لدى المصابين بهذا المرض.

الأهمية التطبيقية:

ترتب على نتائج هذه الدراسة فوائد عملية في الميدان الطبي والنفسي، وذلك من خلال لفت نظر الباحثين، وفتح الباب أمام بحوث مستقبلية تهتم بنوعية الحياة وإستراتيجيات التعامل، كما وضعت الدراسة الحالية حجر الأساس لإجراء المزيد من الدراسات اللاحقة على هذه الفئة من المرضى، إذ قدمت هذه الدراسة للمسؤولين والمهتمين والمختصين في المجال الطبي والنفسي بعض البيانات والمعلومات المفيدة والجديدة لوضع البرامج والإستراتيجيات المناسبة لهذه الفئة من المرضى والوصول بهم إلى مستوى مناسب من نوعية الحياة.

التعريفات الإصطلاحية والإجرائية:

نوعية الحياة: وتعني إدراك الفرد لموقعه في الحياة في سياق الثقافة والقيم التي يعيش فيها، وربطها مع أهدافه الخاصة وتوقعاته ومعتقداته واهتماماته(كتلو وعبدالله،2011). وتعرف إجرائيا في ضوء الدرجة التي حصل عليها المفحوص على مقياس نوعية الحياة الذي استخدم في هذه الدراسة.

إستراتيجيات التعامل: هي مجموعة من الأساليب السلوكية والمعرفية التي يستخدمها الفرد للتعامل مع المواقف الضاغطة والأحداث والتي قد تكون أساليباً إيجابية مثل التركيز على المشكلة وحلها، أو سلبية مثل التجنب والأنسحاب والنكران(المؤمني والزغول، 2011). وتعرف إجرائيا في ضوء الدرجة التي حصل عليها المفحوص على مقياس إستراتيجيات التعامل الذي استخدم في الدراسة.

التصلب اللويحي المتعدد: هو إضطراب عصبي، يصنف ضمن الإضطرابات المتعلقة بالمناعة الذاتية، والذي يتمثل في تمزق الغشاء الميليني المحيط بالمحور الإسطواني العصبي، نظراً لأن جهاز المناعة يفشل في تمييز أنسجته الخاصة، فيقوم بمهاجمة الغشاء الميليني المحيط بالمحور الأسطواني العصبي(Balcer et al., 2007).

محددات الدراسة:

- إقتصرت الدراسة الحالية على مرضى التصلب اللويحي المتعدد المراجعين لجمعية التصلب اللويحي الأردنية وعيادات وزارة الصحة ومستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي لعام (2014) ولذا فلا يمكن تعميم نتائج هذه الدراسة إلا على هذا المجتمع.

- يتحدد تعميم نتائج هذه الدراسة في ضوء ما تتمتع به أدتا الدراسة من صدق وثبات.

- إقتصرت المفاهيم والمصطلحات على مفهوم نوعية الحياة أبعاده المتضمنه في أداة الدراسة المعدة لهذا الغرض، كذلك مفهوم استراتيجيات التعامل بأبعاده الست المتضمنه في أداة الدراسة، ولذلك يتحدد تعميم النتائج على هذه المفاهيم والأبعاد.

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

يتضمن هذا الفصل عرضاً للدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة التي استطاع الباحث التوصل إليها من خلال مطالعته لمصادر البيانات باللغتين العربية والإنجليزية من رسائل جامعية، ودوريات علمية، وقواعد المعلومات، وفيما يلي عرض لهذه الدراسات التي أجريت حول هذا الموضوع ضمن ثلاثة محاور، وبحسب تسلسلها الزمني من الأقدم إلى لأحدث :

المحور الأول: الدراسات التي تناولت نوعية الحياة إستراتيجيات التعامل:

أجرت مكابي (McCabe, 2006) دراسة في أستراليا هدفت للتعرف على دور إستراتيجيات التكيف على نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد. تكونت عينة الدراسة من (560) فرداً، منهم (321) مريضاً بمرض التصلب اللويحي المتعدد، و(239) شخصاً غير مصابين. أشارت نتائج الدراسة إلى أن الأشخاص المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد يعانون من نوعية حياة منخفضة، مقارنة بالأشخاص غير المصابين. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن كل من إستراتيجيات التكيف للدعم الإجتماعي مع التركيز على التفكير والتمني الإيجابي متنبأ لنوعية الحياة الجسدية والنفسية والإجتماعية والبيئية، كما بينت أن إستراتيجيات التكيف تلعب دوراً مهماً في التنبؤ بنوعية الحياة لمرضى التصلب اللويحي المتعدد.

وأجرت كليري (Cleary, 2006) دراسة في شيكاغو هدفت التعرف على العلاقة بين التكيف ونوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد، وكذلك علاقة الإكتئاب والقلق بين التكيف ونوعية الحياة .تكونت عينة الدراسة من(8) مريضات من مرضى التصلب اللويحي

المتعدد متوسط أعمارهن (44) سنة، ومدة المرض لهؤلاء المريضات (8) سنوات، قسمت أفراد العينة إلى مجموعتين، ضابطة وتجريبية حيث لكل مجموعة (4) مريضات .وأظهرت نتائج الدراسة أن الدعم والتأييد للفرضية القائلة بأن زيادة استخدام إستراتيجيات المواجهة بالتكيف مرتبط بزيادة الشعور الشخصي لنوعية الحياة.

كما أجرى مونتل وبونجنر (Montel & Bungener, 2007) دراسة في فرنسا هدفت إلى مقارنة إستراتيجيات التكيف ونوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد المتصلة بمراحل المرض مع اخذ القلق والإكتئاب. تكونت عينة الدراسة من (135) مريضاً من مرضى التصلب اللويحي المتعدد. وأوضحت نتائج الدراسة أن الصحة النفسية (الإكتئاب والقلق) وأبعادها النفسية والإجتماعية لنوعية الحياة لم تتأثر نسبياً. وبعد مراقبة العمر ومسار المرض تبين أن الإكتئاب والقلق لهما تأثير قوي على الصحة النفسية ونوعية الحياة. وأشارت النتائج إلى إن المرضى في المرحلة الثانية من المرض كانوا أكثر ميلاً لاستخدام إستراتيجيات التكيف العاطفي على نطاق واسع، مقارنة بالمرضى في المرحلة الأولية من المرض الذين كانوا يستخدمون إستراتيجيات ذات فعالية أكبر.

وأجرت مكابي وستوكس ومكدونالد (McCabe, Stokes, & Mcdonald, 2009) دراسة في استراليا هدفت للتحقيق في تأثير إستراتيجيات المواجهة المختلفة على نوعية الحياة لدى الأشخاص الذين يعانون من مرض التصلب اللويحي المتعدد (MS). تكونت عينة الدراسة من (382) مريضاً من مرضى التصلب اللويحي المتعدد؛ إذ كان عدد الذكور (144) فيما كان عدد الإناث ،(238) و (291)من الأشخاص السليمين الذين لا يعانون من أية مشاكل عصبية؛ حيث كان عدد الذكور (101) والإناث (190). أشارت نتائج الدراسةإلى أن الأشخاص الذين

يعانون من مرض التصلب اللويحي لديهم نوعية حياة متدنية مقارنة بالأشخاص السليمين، وأن طريقة التكيف مع المرض لهؤلاء المرضى تكشف عن نوعية حياتهم،,وبينت نتائج الدراسة أنه مع مرور الوقت تزداد نوعية الحياة لهؤلاء المرضى تحسناً وكذلك التكيف العاطفي والإجتماعي للمرضى، ,وأشارت النتائج إلى أن الإناث اللواتي يعانين المرض لديهن نوعية حياة وتكيف عاطفي وإجتماعي أعلى من الذكور المصابين بالمرض.

أما بيندتا وآخرون(Benedetta et al., 2009) فقد أجروا دراسة في إيطاليا، هدفت إلى تقييم تأثير الخصائص النفسية في إختيار إستراتيجيات المواجهة لدى مرضى التصلب المتعدد، وتأثيرها على نوعية حياتهم، تكونت عينة الدراسة من (104) أفراد من مرضى التصلب اللويحي المتعدد. أظهرت نتائج الدراسة أن مرضى التصلب اللويحي كانوا أقل استخداماً لإستراتيجيات المواجهة التي تركز على حل المشكلة، فيما كانت إستراتيجيات التجنب أكثر استخداماً، وأشارت النتائج أن استخدام إستراتيجيات إيجابية أثرت بشكل إيجابي وعلى حد سواء على الصحة النفسية ونوعية الحياة بشكل عام، وأن الإكتئاب يؤثر سلباً على كل مجالات نوعية الحياة بينما يؤثر القلق يؤثر في المجالات العقلية.

وأجرى هولت (Howlett, 2010) دراسة في الولايات المتحدة هدفت إلى التعرف على الدعم الإجتماعي وإستراتيجيات المواجهة كمتنبأ لنوعية الحياة لمرضى التصلب اللويحي المتعدد. تكونت عينة الدراسة من (96) مريضاً من مرضى التصلب اللويحي. وأظهرت نتائج الدراسة أن هناك علاقات ذات دلالة إحصائية بين عوامل المرض وإستراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة الجسدية، وكذلك هناك علاقة دالة إحصائيا بين الدعم الإجتماعي ونوعية الحياة العقلية .

كما أجرى كلٌ من جريتيا وبورتاسيو ورازولايني واماتو ورزبولي(Goretti, Portaccio, Zipoli Razzolini, & Amato, 2010) دراسة في يطاليا هدفت إلى التعرف على نوعية الحياة وعلاقتها بإستراتيجيات التكيف لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد. تكونت عينة الدراسة من (63) مريضاً من مرضى التصلب اللويحي، أشارت نتائج الدراسةإلى أن مرضى التصلب اللويحي يميلون إلى استخدام إستراتيجيات التجنب والإعتماد (الإستراتيجيات السلبية) بدرجة أقل من إستراتيجيات المواجهة واتخاذ الموقف الإيجابي، وأن الذين يعانون من الإكتئاب والقلق من مرضى التصلب لديهم نوعية حياة منخفضة.

وأجرى كل من سكيبر وويسمث وتورك وويرتز وكقلر(Wiesmeth, Schipper, Twork, Wirtz, & Kugler, 2011) دراسة في ألمانيا الغربية، هدفت إلى معرفة العلاقة بين الصحة المرتبطة بنوعية الحياة وإستراتيجيات المواجهة لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد، تكونت عينة الدراسة من (157) مريضاً من مرضى التصلب. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود انخفاض في الصحة المرتبطة بنوعية الحياة لدى هؤلاء المرضى، بالمقارنة مع عامة السكان في ألمانيا الغربية، أشارت النتائج إلى وجود ارتفاع مستوى الإكتئاب وقلة استخدام إستراتيجيات المواجهة يرافقها انخفاض بالصحة المرتبطة بنوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد.

أما مونتل والبرتيني ودسينولي وسبيتز(Montel, Albertini, desnuelle, & Spitz, 2012) فقد أجروا دراسة في فرنسا هدفت إلى معرفة تطور إستراتيجيات التكيف ونوعية الحياة والصحة النفسية لدى مرضى التصلب اللويحي الجانبي ألضموري. تكونت عينة الدراسة من (49) مريضاً من مرضى التصلب الجانبي الضموري للمجموعتين الضابطة والتجريبية. أظهرت

نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين بعدي الإضطرابات الجسدية واضطرابات النوم والقلق المتعلقان بمقياس الصحة النفسية. وأشارت النتائج وبالنسبة لإستراتيجيات التكيف فقد بينت النتائج وجود اتجاه واحد فقط للتكيف متعلق بفك الإرتباط السلوكي الذي كان يستخدم في المجموعة التجريبية أكثر من المجموعة الضابطة. مشيرة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لنوعية الحياة لدى المرضى ولصالح المجموعة التجريبية.

كما أجرى بوفول وآخرون(Pavol et al., 2014) دراسة في سلوفاكيا هدفت إلى معرفة أثر حل المشكلة المرتكزة على التكيف والتكيف المرتكز على الدعم والتكيف المرتكز على وقف العواطف والأفكار غير السارة وغير المرغوب بها على المستويات المختلفة من نوعية الحياة، سواء أكانت الجسدية أم العقلية لدى مرضى التصلب اللويحي، تكونت عينة الدراسة من (113)مريضاً من مرضى التصلب اللويحي المتعدد، أشارت نتائج الدراسة إلى أن تطور العجز لدى المرضى والعمر مرتبطان بنوعية الحياة الجسدية، وأن حل المشكلة التي ترتكز على التكيف والتكيف المرتكز على الدعم والتكيف المرتكز على وقف العواطف والأفكار غير السارة وغير المرغوب بها ترتبط بنوعية الحياة العقلية بشكل كبير.

المحور الثاني : الدراسات التي تناولت إستراتيجيات التعامل :

أجرى بولين (Polen, 2006) دراسة في الولايات المتحدة الأمريكية هدفت إلى كشف العلاقة بين كل من التكيف والإكتئاب، والدعم الإجتماعي والإكتئاب، والعجز المتعلم والإكتئاب. تكونت عينة الدراسة من (101) من مرضى التصلب اللويحي المتعدد، أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة قوية بين مجالات الدعم الإجتماعي والإكتئاب، وذلك لأن قلة الدعم الإجتماعي

يسبب التكيف غير الفاعل لدى المرضى وشعورهم أن المرض مسيطر على حياتهم، وبينت نتائج الدراسة تأثير الإكتئاب على التكيف النشط.

وأجرى لودي وآخرون(Lodye et al., 2007) دراسة في النرويج لاستكشاف العلاقة بين نوعية المعلومات المقدمة لمرض التصلب اللويحي، وأساليب التكيف المستخدمة من قبل المرضى في حالات الإجهاد الناتجة عن المرض. تكونت عينة الدراسة من(93) مريضاً تم تشخيصهم حديثاً بالإصابة بمرض التصلب اللويحي المتعدد. أشارت نتائج الدراسة، أن (43.2٪) من المرضى غير راضين عن المعلومات المقدمة عن المرض خلال وقت التشخيص، وتأثرت أساليب التكيف لهؤلاء المرضى باستخدام أساليب التكيف العامة، وأوضحت النتائج إن أكثر الإستراتيجيات استخداماً من قبل المرضى هي التخطيط، و ضبط النفس، وإعادة التفسير الإيجابي. أما المرضى الذين كانوا راضين عن المعلومات المقدمة فقد تجنبوا المواجهة إلى حد أقل وكانوا أكثر نشاطاً في السعي للمعلومات حول الوضع. وبينت نتائج الدراسة أن تحسين عملية المعلومات المقدمة في المرحلة المبكرة من المرض قد يجعل التكيف أفضل لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد.

وأجرى لودي وآخرون(Lodye et al., 2010) فقد أجروا دراسة في النرويج للبحث في كيفية التعامل والتغير في أساليب التكيف مع مرور الوقت لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد، وكيفية التكيف بعد خمس سنوات من العجز الناتج عن المرض. تكونت عينة الدراسة من (76) مريضاً من مرضى التصلب المتعدد و(94) من الأصحاء. تم فحص المرضى في البداية، وبعد (5) سنوات، أشارت نتائج الدراسة إلى أن مرضى التصلب اللويحي كانوا أكثر سلبية في التكيف مع المرض ذات العلاقة بالإجهاد مقارنة بالأشخاص الاصحاء. وبينت نتائج

الدراسة أن مرضى العجز في التصلب اللويحي أكثر دعماً إجتماعياً ولديهم تنفيس للعواطف وسلوكيات منفصلة بعد المتابعة. وأشارت إلى أن توظيف مرضى التصلب اللويحي المتعدد لأساليب التكيف غير كافية للتأقلم مع المرض. وبينت النتائج انه لم يتحسن التكيف مع مرور الوقت, على الرغم من أن المرضى أيضا استخدموا إستراتيجيات لتعزيز حياتهم، وتشير هذه النتائج إلى أنه قد يكون هناك احتمال لتحسين حياة مرضى التصلب اللويحي المتعدد من خلال التدخلات التي قد تعمل على تعزيز التكيف الملائم مع المرض.

كما أجرى برايكوفيتش وآخرون (Brajkovic et al., 2009) دراسة في كرواتيا هدفت إلى معرفة مدى اختلاف آليات التكيف التي تؤثر على انتشار القلق والإكتئاب لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد وإلى عرض كيفية تأثير آليات التكيف في الصحة العامة والوظائف المعرفية والإجهاد. تكونت عينة الدراسة من (68) مريضاً من مرضى التصلب اللويحي المتعدد، أشارت النتائج أن ما نسبته(57.9%) من المرضى يعانون أعراض الإكتئاب، و(42.1%) يعانون من أعراض القلق. ومع ذلك، عانت غالبية المرضى من مزيج من القلق والإكتئاب. كماأشارت نتائج الدراسة إلى تأثير آليات التكيف المختلفة على الإكتئاب والقلق والتعب، باستثناء الحالة المادية إذ لم تثبت لها أية أهمية. وتتنبأ نتائج الدراسة بتحسين هذه الحالات من خلال إعادة التفسير الإيجابي والدعم العاطفي الإجتماعي والفكاهة، وأن تفاقم هذه الحالات ناتج عن القبول والتخطيط والتركيز على الإنكار.

أجرى بندتا وآخرون (Benedetta et al.,2010) دراسة في بريطانيا هدفت إلى معرفة أثر ضعف الإدراك على إستراتيجيات المواجهة لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد. تكونت عينة الدراسة من (63) مريضاً من مرضى التصلب اللويحي الذين يعانون من ضعف الإدراك،

وأشارت نتائج الدراسة إلى أن مرضى التصلب اللويحي أقل استخداما لإستراتيجيات المواجهة، وأقل احتمالاً لاستخدام الإستراتيجيات الإيجابية والتي تركز على المشكلة، في حين اعتمد المرضى إستراتيجيات التجنب بشكل متكرر أكثر، وأكدت النتائج على وجوب الإهتمام بضعف الإدراك الذي من شأنه أن يسهم في نجاح تكيف مرضى التصلب اللويحي المتعدد.

وأجرى ميلانليو وَآخرون (Milanlioglu et al., 2010) دراسة في تركيا هدفت إلى معرفة العلاقة بين إستراتيجيات المواجهة، وخصائص المزاج بمرضى التصلب اللويحي والمرضى الأصحاء. تكونت عينة الدراسة من (50) مريضاً من مرضى التصلب اللويحي المتعدد و (31) شخصاً سليماً، أشارت نتائج الدراسة إلى أن إستراتيجيات المواجهة غير الوظيفية لدى مرضى التصلب اللويحي، أعلى بكثير من الأفراد الأصحاء، وأن الإكتئاب والتعب لدى مرضى التصلب، أعلى من الأفراد الأصحاء.

أما مسن وبيتر ومونتل(Mosson, Peter, & Montel, 2010) فقد أجروا دراسة في فرنسا هدفت إلى تقييم تأثير النشاط البدني وإستراتيجيات التكيف لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد الذين تزيد أعمارهم عن (40) سنة. تكونت عينة الدراسة من (37) من المرضى الذين تتراوح أعمارهم بين (40) عاماً أو أكثر، أظهرت نتائج الدراسة أن المرضى الذين يقومون بمستوى عال أو معتدل من النشاط البدني، يستخدمون البحث عن المعلومات كإستراتيجية للتكيف والتفريغ عن مشاعرهم بشكل أفضل من أولئك الذين لديهم انخفاض في مستوى النشاط البدني، وأظهرت النتائج أيضاً وجود علاقة بين النشاط البدني والقلق والإكتئاب والتعب.

كما أجرى كل من يونفير وكليك وبولو وديميركي(Unver, Kilik, Bolu, & Demirkaya, 2012) دراسة في تركيا بهدف تحديد مدى استخدام مرضى التصلب اللويحي إستراتيجيات التكيف في مواجهة التعب. تكونت عينة الدراسة من (53) مريضاً في التصلب اللويحي المتعدد. أشارت نتائج الدراسة أن (92.4%) من مرضى التصلب اللويحي المتعدد يقومون بتوظيف إستراتيجيات التكيف في مرضهم من أجل مقاومة التعب، في حين أن (7.6%) منهم لا يقومون بأي إستراتيجية محددة لمواجهة التعب.

وأجرى كل من مونتل وسبيتز وبونجر (Montel, Spitz, & Bungener, 2012) دراسة في فرنسا هدفت للتحقيق في أسلوب المواجهة لمرضى التصلب اللويحي الذين يعانون من اضطرا بات أدرا كية أمامي، تكونت عينة الدراسة من(135)مريضاً من مرضى التصلب اللويحي المتعدد تم تقسيمهم إلى مجموعتين حسب الحالة الإدراكية، الأولى تعاني من ضعف الإدراك، والثانية لا تعاني من الاضطراب الإدراكي. أشارت نتائج الدراسة إلى أنه لا توجد اختلافات كبيرة بين المجموعتين لإستراتيجيات المواجهة والمزاج. كما أشارت نتائج الدراسة أن والمرضى الذين يعانون من ضعف الإدراك، يميلون إلى استخدام المزيد من الإستراتيجيات التي تركز على العاطفة خصوصاً اللوم الذاتي أكثر من المرضى الذين لا يعانون من مشاكل في الاضطراب ألإدراكي. وأشارت النتائج أيضاً إلى أن المرضى الذين يعانون من إعاقات إدراكية أكثر إرهاقاً من المرضى الآخرين. وبشكل عام أظهرت الدراسة أن المرضى الذين يعانون من ضعف الإدراك لم يختلفوا كثيراً عن مرضى التصلب المتعدد الذين لا يعانون الاضطراب الادراكي فيما يتعلق بإستراتيجيات المواجهة.

المحور الثالث: الدراسات التي تناولت نوعية الحياة :

أجرى تان وديابجولو (Tan & Dayapoglu, 2011) دراسة في تركيا هدفت لوصف نوعية الحياة والعوامل التي تؤثر في نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد. تكونت عينة الدراسة من (60) مريضاً من مرضى التصلب اللويحي المتعدد في مستشفى ياكوتي في تركيا. أشارت نتائج الدراسة إلى أن نوعية الحياة تتأثر بعوامل مثل الجنس والعمر والتعليم والوضع الوظيفي ومستوى الدخل ومكان الإقامة ومدة المرض، وبينت النتائج أيضا أن هناك علاقة سلبية بين شدة التعب والإرهاق ومجالات نوعية الحياة كالصحة البدنية والصحة العقلية، وأشارت إلى أن هناك علاقة سلبية وبدرجة كبيرة بين الإكتئاب ونوعية الحياة ، وبينت النتائج أن للحد من أعراض الإكتئاب والتعب والإرهاق ينبغي تحسين نوعية الحياة وزيادة استخدام إستراتيجيات المواجهة للمرضى المعرضين للإكتئاب والتعب والإرهاق.

وأجرى واينا وآخرون(Wynia et al.,2012) دراسة في هولندا، هدفت إلى معرفة العلاقة بين الإعاقات الواسعة لمرض التصلب اللويحي المتعدد، ونوعية الحياة فيما يتعلق بشدة المرض والتأثير الشخصي للإستجابة بالمرض. تكونت عينة الدراسة من (245) مريضاً من مرضى التصلب اللويحي المتعدد. أشارت نتائج الدراسة إلى أن زيادة العجز وتدني نوعية الحياة مرتبط بالمرضى ذو الإعاقات المتعددة، وأن زيادة العجز وتدني نوعية الحياة مرتبط بالمرحلة المبكرة من المرض، أما المرضى الذين لديهم نوعية حياة جيدة فقد كان هناك استقرار في شدة المرض على عكس المرضى الذين لديهم إعاقات متعددة إذ كانت نسبة الوفيات لديهم مرتفعة.

كما أجرى كل من كوزبنر وماريا ومايو (Kuspina, Maria, & Mayo, 2012) دراسة في كندا هدفت إلى معرفة مدى تأثير تدخل الرعاية الصحية المعدة خصيصا لمرضى التصلب

اللويحي المتعدد على الصحة المرتبطة بنوعية الحياة لديهم ، أشارت نتائج الدراسة إلى أن هناك ستة أنواع من التدخلات، تم تحديدها من خلال البحث لها أثر إيجابي في نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى هؤلاء المرضى، وهي التحكم الذاتي، والتكميلي، والطب البديل، ثم الأدوية، ويليها التدريب والتمرين المعرفي، ومن ثم التدخل النفسي لتحسين المزاج، وأشارت النتائج إلى أن هناك اختلاف بين معظم التدخلات حول مدى قدرة كل منهما على تحسين الصحة المرتبطة بنوعية الحياة لمرضى التصلب اللويحي المتعدد.

أما ليون وميتشل ونافارو وجونجلز (Leon, Mitchell, Navarro, & Gonzalez, 2013) فقد أجروا دراسة في أسبانيا تهدف إلى تحديد الصحة المرتبطة بنوعية الحياة في التنبؤ بمدى تطور العجز لمرضى التصلب اللويحي المتعدد على مدار عامين. تكونت عينة الدراسة من (371) مريضاً. أظهرت النتائج أنه يزداد التدهور في القدرات والعجز لدى مرضى التصلب اللويحي كلما انخفضت نوعية الحياة المتعلقة بالصحة .

وأجرى بومستاركا وآخرون(Baumstarck et al., 2013) دراسة في فرنسا هدفت إلى التنبؤ بأثر نوعية الحياة على حالة العجز لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد. تكونت عينة الدراسة من (526) مريضاً من مرضى التصلب اللويحي المتعدد تم تقييمهم كل ستة شهور لمدة (24) شهراً، أظهرت نتائج الدراسة أن(386) من المرضى لم تسؤ حالتهم، في حين أن (75) مريضاً ساءت حالتهم خلال (24) شهراً من المتابعة وأن نشاط الحياة اليومية والرعاية الصحية المقدمة، له دور مستقل في تطور العجز لدى المجموعتين خلال (24) شهراً ، وكذلك أشارت النتائج إلى أن النشاط البدني يلعب كذلك كمتنبأ مستقل في تغيير العجز لدى هاتين المجموعتين خلال (24) شهراً من المتابعة .

كما أجرى كل من تاديتش ودجاك (Tadic & Dajic, 2013) دراسة في البوسنة والهرسك هدفت إلى تقدير الصحة المرتبطة بنوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد والتحقيق في العلاقة بين الصحة المرتبطة بنوعية الحياة والمعلومات الديمغرافية والسريرية للمرضى. تكونت عينة الدراسة من (50) مريضاً من مرضى التصلب اللويحي الذين يراجعون في عيادة بنيا لوكا، أشارت نتائج الدراسة إلى أن الإعاقة البدنية لها تأثير واضح على الصحة المرتبطة بنوعية الحياة ، وأن هناك علاقة قوية لمجالات الصحة البدنية ونوعية الحياة والرضا الوظيفي الجنسي والدور المحدود للمشاكل العاطفية على الصحة المرتبطة بنوعية الحياة، و أشارت النتائج كذلك إلى أن هناك دلالة إحصائية بين الصحة البدنية، ومدة المرض، والحالة الوظيفية، والمستوى التعليمي، والمركز الإجتماعي، وعمر ابتداء المرض، بالإضافة إلى وجود دلالة إحصائية بين الإكتئاب والقلق.

وأجرى روزاك وآخرون(Roszak et al., 2013) دراسة في تركيا، هدفت إلى تقييم الصحة المرتبطة بنوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد ومدى إرتباطها بالأعراض السريرية والتعب وأعراض الإكتئاب. تكونت عينة الدراسة من (61) مريضاً من مرضى التصلب اللويحي المتعدد و(30) شخصاً أصحاء، أشارت نتائج الدراسة أن مرضى التصلب اللويحي يعانون من تدني نوعية الحياة مقارنة بالأشخاص الأصحاء، وأن نوعية الحياة تأثرت بالعمر ومسار المرض ومستوى العجز والعلاج، وكذلك أشارت النتائج إلى أن هناك دلالة إحصائية بين نوعية الحياة ووجود أعراض الإكتئاب والتعب.

وأجرى سشير وآخرون(Schairer et al., 2014) دراسة في أميركا الشمالية، هدفت إلى معرفة تأثير العجز الجنسي على الصحة المرتبطة بنوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي

المتعدد، تكونت عينة الدراسة من (6183) مريضاً من مرضى التصلب اللويحي المتعدد ، أشارت نتائج الدراسة إلى أن العجز الجنسي له أثر سلبي وبدرجة أعلى من العجز الجسدي على الصحة المرتبطة بنوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد.

التعقيب على الدراسات السابقة

من خلال الإطلاع على الدراسات السابقة التي تم أستعراضها، يلاحظ الباحث أن جميع هذه الدراسات أكدت على أهمية نوعية الحياة وإستراتيجيات التعامل لدى هذه الفئة من المرضى، وأثرها في مساعدة المرضى على التكيف والتأقلم في حياتهم اليومية، ومواجهة أحداث الحياة الضاغطة، من خلال استخدام إستراتيجيات تعامل إيجابية وذات فاعلية.

وبالنظر إلى الدراسات السابقة نجد أن معظمها أستخدم المنهج الوصفي الإرتباطي المقارن، للتعرف على مستوى نوعية الحياة، وأبرز إستراتيجيات التعامل المستخدمة لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد كدراسة(Montel & Bungener, 2007 ; McCabe, 2006 ; McCabe, Stokes, & Mcdonald, 2009 ; Lodye et al., 2007 ; Milanlioglu et al., 2010).

من جهة أخرى استخدمت بعض الدراسات المنهج التجريبي للتعرف على أثر إستراتيجيات التعامل على نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد في ضوء بعض المتغيرات كدراسة(Montel, Albertini, Desnuelle, & Spitz, 2012 ; Cleary, 2006).

كما يلاحظ أن نتائج بعض الدراسات كدراسة(Montel & Bungener, 2007 ; Tan & Dayapoglu, 2011 ; Tadic & Dajic, 2013 ; Roszak et al., 2013)، أظهرت وجود علاقة دالة إحصائياً بين مستوى نوعية الحياة، ومتغير الجنس والعمر ومدة الإصابة بالمرض أو مسار المرض، وهذا على عكس ما أظهرته نتائج دراسة كل من(Lodye et al.,2007 ; Cleary, 2006) التي بينت أنه لا توجد علاقة دالة إحصائياً بين نوعية الحياة، ومتغير العمر ومدة الإصابة بالمرض.

كما أشارت جميع الدراسات السابقة التي أعتمدت نوعية الحياة كأحد متغيراتها لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد كدراسة(McCabe, 2006; McCabe, Stokes, & Mcdonald, 2009 ; Wiesmeth, Schipper, Twork, Wirtz, & Kugler, 2011; Leon, Mitchell, Navarro, & Gonzalez, 2013; Roszak et al., 2013)، أشارت إلى أن الأفراد المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد يعانون من نوعية حياة منخفضة مقارنةً بالأشخاص غير المصابين.

أما الدراسات السابقة التي تناولت نوعية الحياة والإكتئاب والقلق كأحد متغيراتها فقد أكدت جميعها أن هناك علاقة سلبية بين هذه المتغيرات، حيث أن الأفراد الذين يعانون من القلق والإكتئاب لديهم مستوى منخفض من نوعية الحياة ومن هذه الدراسات(Tan & Dayapoglu, 2011; Milanlioglu et al., 2010 ; Benedetta et al., 2010).

كما أكدت بعض الدراسات السابقة أن الأفراد الذين يمتلكون إستراتيجيات تعامل إيجابية، لديهم مستوى مرتفع من نوعية الحياة ومن هذه الدراسات(Goretti, Portaccio, Zipoli

Razzolini, & Amato, 2010 ; Cleary, 2006 ; Lodye et al., 2007 ; Brajkovic (et al., 2009

من جهة أخرى أشارت نتائج بعض الدراسات التي تناولت إستراتيجيات التعامل كأحد متغيراتها، إلى أن الأفراد الذين يستخدمون إستراتيجيات تعامل سلبية لديهم مستوى منخفض من نوعية الحياة، ومن هذه الدراسات (Benedetta et al., 2010 ; Milanlioglu et al., 2010).

وتجدر الإشارة إلى أن الباحث استفاد من الدراسات السابقة في التعرف على طبيعة المجتمعات التي أجريت فيها الدراسات السابقة، بالإضافة إلى التعرف على طبيعة الأدوات والمقاييس التي تم استخدامها، كما أفاد الباحث من هذه الدراسات في التعقيب على نتائج الدراسة الحالية، ومقارنة النتائج في ضوء نتائج هذه الدراسات.

من خلال أستعراض الدراسات السابقة المتعلقة بنوعية الحياة وإستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد، يلاحظ أن جميع الدراسات أجريت في بيئات أجنبية، وبناءً على ذلك جاءت الدراسة الحالية، للتعرف على طبيعة العلاقة بين نوعية الحياة وأبرز إستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد في بيئة عربية، في ضوء متغيرات الجنس وعدد سنوات الإصابة والحالة الإجتماعية، كما أن هذه الدراسة تكتسب أهمية خاصة كونها الدراسة العربية الوحيدة التي تناولت المتغيرات سابقة الذكر مجتمعة، لدى هذه الفئة من المرضى، وذلك حسب حدود إطلاع الباحث. الأمر الذي يعزز من أصالة الدراسة الحالية في دراسة هذه المشكلة.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يتضمن هذا الفصل وصفاً لمجتمع الدراسة وعينتها، والأداتين اللتين تم استخدامهما ودلالات صدقهما وثباتهما، وتحديد متغيرات الدراسة وإجراءاتها والمعالجات الإحصائية التي استخدمت للإجابة عن أسئلتها .

مجتمع الدراسة :

تكون مجتمع الدراسة من جميع مرضى التصلب اللويحي المتعدد المسجلين لدى وزارة الصحة لعام 2014. والبالغ عددهم (1215)، مريضاً ومريضة، وذلك وفقا للإحصاءات الرسمية التي تم الحصول عليها من وزارة الصحة. علماً بأنه لم يتوافر أي معلومات ديمغرافية عن طبيعة مجتمع الدراسة.

عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة من(143) مريضاً ومريضة منهم (65) من الذكور، و(78) من الإناث، حيث تم اختيارهم بالطريقة المتيسرة من مجتمع الدراسة الكلي بنسبة (11.7%) ويبين الجدول (1) توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغيرات الدراسة (الجنس، الحالة الإجتماعية، مدة الإصابة بالمرض).

جدول (1)

توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغيرات الدراسة.

المتغير	مستويات المتغير	التكرار	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	65	45.5
	أنثى	78	54.5
	الكلي	143	100.0
الحالة الإجتماعية	أعزب	50	35.0
	متزوج	77	53.8
	أرمل أو مطلق*	16	11.2
	الكلي	143	100.0
مدة الإصابة بالمرض	من سنتين فأقل	58	40.6
	من 2.01 وحتى 6 سنوات	51	35.7
	أكثر من 6 سنوات	34	23.8
	الكلي	143	100.0

* (دمج الأرامل لأنهم أقل من 15 شخصاً)

أداتا الدراسة :

لتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحث في هذه الدراسة مقياسين هما : مقياس نوعية الحياة، ومقياس إستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد، وفيما يلي وصفٌ لكل من هذه الأدوات.

أولا : مقياس نوعية الحياة :

قام الباحث بتطوير مقياس نوعية الحياة، بعد الاطلاع على الأدب النظري لنوعية الحياة، وقام الباحث أيضاً بالرجوع إلى مقياس نوعية الحياة (Quality of life) والمعد من قبل منظمة الصحة العالمية(World Health Organization, 1996) قام الباحث بترجمة فقرات المقياس وإعادة صياغتها، حيث تم التوصل إلى مقياس مكون من (26) فقرة، في صورته الأولية، موزعة على أربعة مجالات، لها علاقة بمستوى نوعية الحياة لدى مرضى

التصلب اللويحي المتعدد وهي: (مجال الصحة الجسمية وله (7) فقرات، ومجال الصحة النفسية وله (7) فقرات، ومجال العلاقات الإجتماعية وله (4) فقرات، ومجال البيئة وله (8) فقرات. (الملحق،2).

دلالات صدق وثبات مقياس نوعية الحياة.

الصدق الظاهري.

للتحقق من الصدق الظاهري لمقياس نوعية الحياة ومجالاته، قام الباحث بعرض المقياس على مجموعة من المحكمين وعددهم عشرة محكمين من ذوي الخبرة والاختصاص في مجالات الإرشاد النفسي، وعلم النفس التربوي، والقياس والتقويم والمناهج في جامعة اليرموك (ملحق، 1) حيث طلب منهم إبداء الرأي في دقة وصحة محتوى المقياس من حيث: درجة انتماء الفقرة للمجال الذي تنتمي إليه ووضوح الفقرات والصياغة اللغوية، ومناسبتها لقياس ما وضعت لأجله، وإضافة أو تعديل أو حذف ما يرونه مناسباً على المجالات أو الفقرات، وقد أبدى عدد من المحكمين بعض الملاحظات التي تتعلق بتعديل بعض الفقرات منها مثلا : تم تعديل الفقرة (في رأيك إلى أي مدى يمكن أن يؤدي مرضك إلى عجزك عن القيام بالعمل) وقد أصبحت (اشعر بأن مرضي أصابني بالعجز عن القيام بعملي)، وتم حذف بعض الفقرات (ما مدى رضاك عن حياتك الجنسية) من المقياس، وكان المعيار الذي تم اعتماده في قبول الفقرات أو استبعادها، هو حصول الفقرة الواحدة على نسبة موافقة (80%) من المحكمين للإبقاء عليها، وبذلك أصبح عدد فقرات المقياس بعد التحكيم (25) فقرة، موزعة على أربعة مجالات، لها علاقة بمستوى نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد، وهي: (الصحة الجسمية ولها (7)

فقرات، والصحة النفسية ولها (7) فقرات، والعلاقات الإجتماعية لها (3) فقرات، والبيئة لها (8) فقرات.(الملحق، 4).

مؤشرات صدق البناء

بهدف التحقق من صدق البناء، تم تطبيق مقياس نوعية الحياة على عينة إستطلاعية تكونت من (20)، مريضاً ومريضة من مرضى التصلب اللويحي المتعدد، من خارج عينة الدراسة المستهدفة، وذلك لحساب معاملات إرتباط بيرسون بين الدرجات على الفقرة والدرجات على المجال، وكذلك معاملات الإرتباط بين الدرجات على الفقرة والدرجات على المقياس ككل، والجدول (2) يبين ذلك.

جدول (2)

قيم معاملات الإرتباط بين الفقرة بالمجال الذي تنتمي اليه وقيم معامل إرتباط الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس

المجال	رقم الفقرة	اتجاه الفقرة	مضمون فقرات نوعية الحياة وفقاً لمجالاته	الإرتباط مع: المجال	الإرتباط مع: المقياس
الصحة الجسمية	1	سالبة	أشعر بأن مرضي أصابني بالعجز عن القيام بعملي	**0.88**	**0.84**
	2	سالبة	أحتاج إلى الرعاية حتى تستمر حياتي	**0.84**	**0.80**
	3		لدي القدرة على القيام بواجباتي اليومية	**0.92**	**0.87**
	4		أشعر بالرضا عن أدائي لواجباتي اليومية	**0.89**	**0.87**
	5		لدي القدرة على التنقل من مكان إلى آخر	**0.88**	**0.83**
	6		أشعر بالرضا عن نومي	**0.72**	**0.70**
	7		لدي القدرة على العمل	**0.91**	**0.86**
الصحة النفسية	8		أستمتع بحياتي	**0.84**	**0.80**
	9		أشعر بأن لحياتي معنى	**0.85**	**0.74**
	10		أستطيع أن أركز عقلي على الأداء	**0.83**	**0.81**
	11		اشعر بالرضا عن مظهر جسدي	**0.82**	**0.79**
	12		أشعر بالرضا عن نفسي	**0.81**	**0.71**
	13	سالبة	أشعر بالحزن والضيق	**0.78**	**0.71**
	14		أشعر بالرضا عن حالتي الصحية	**0.80**	**0.79**
العلاقات الإجتماعية	15		أشعر بالرضا عن علاقاتي مع الآخرين	**0.85**	**0.73**
	16		أشعر بالرضا عن الدعم الإجتماعي المقدم لي من أصدقائي	**0.65**	**0.33**
	17		أشعر بالرضا عن نوعية حياتي	**0.75**	**0.75**

البيئة	18	أشعر بالأمان في حياتي اليومية	**0.71**	**0.67**
	19	أتمتع في بيئة صحية	**0.62**	**0.46**
	20	لدي القدرة على إشباع احتياجاتي المختلفة	**0.80**	**0.78**
	21	تتوافر المعلومات الضرورية التي أحتاج إليها في حياتي اليومية	**0.75**	**0.63**
	22	لدي فرصة للراحة والاسترخاء	**0.65**	**0.53**
	23	أشعر بالرضا عن المكان الذي أعيش فيه	**0.69**	**0.57**
	24	أشعر بالرضا عن توافر الخدمات الصحية	**0.70**	**0.64**
	25	آخرج في رحلات ترفيهية	**0.80**	**0.75**

ويلاحظ في الجدول (2) أن قيم معاملات إرتباط فقرات مجال الصحة الجسمية قد تراوحت بين (0.72 - 0.92) مع درجة المجال، وبين (0.70 – 0.87) مع الدرجة الكلية للمقياس، وأن قيم معاملات إرتباط فقرات مجال الصحة النفسية قد تراوحت بين (0.85 0.78 –) مع المجال، وبين (0.71 – 0.81) مع الدرجة الكلية للمقياس، وأن قيم معاملات إرتباط فقرات مجال العلاقات الإجتماعية قد تراوحت بين (0.65 – 0.85) مع المجال، وبين (0.33 – 0.75) مع الدرجة الكلية للمقياس، وأخيرا؛ إن قيم معاملات إرتباط فقرات مجال البيئة قد تراوحت بين (0.62 – 0.80) مع المجال وبين (0.46 – 0.78) مع الدرجة الكلية للمقياس، وقد اعتمد الباحث معياراً لقبول الفقرة بأن لا يقل معامل إرتباطها بالمجال الذي تنتمي إليه والمقياس ككل عن (20%) (عوده، 2010) وبناءً على هذا المعيار وفي ضوء هذه القيم تكون مقياس نوعية الحياة من (25) فقرة موزعة على أربعة مجالات هي :

المجال الأول : الصحة الجسمية، ويقاس بالفقرات التالية : (1، 2، 3، 4، 5، 6، 7).

المجال الثاني: الصحة النفسية، ويقاس بالفقرات التالية: (8، 9، 10، 11، 12، 13، 14).

المجال الثالث: العلاقات الإجتماعية، ويقاس بالفقرات التالية: (15 ، 16 ، 17).

المجال الرابع: البيئة، ويقاس بالفقرات التالية: (18، 19، 20، 21، 22، 23، 24، 25).

بالإضافة إلى ما تقدم ؛ تم حساب قيم معاملات الإرتباط البينية (Inter – Correlation) لمجالات مقياس نوعية الحياة، وقيم معاملات إرتباط المجالات بالمقياس ككل، وذلك باستخدام معامل إرتباط بيرسون Pearson، كما هو موضح في الجدول (3).

جدول رقم (3)

قيم معاملات الإرتباط البينية لمجالات مقياس نوعية الحياة وإرتباط المجالات بالمقياس ككل.

العلاقة بين:	الإحصائي	الصحة الجسمية	الصحة النفسية	العلاقات الإجتماعية	البيئة
الصحة النفسية	معامل الإرتباط	0.87			
	الدلالة الإحصائية	0.000			
العلاقات الإجتماعية	معامل الإرتباط	0.74	0.69		
	الدلالة الإحصائية	0.000	0.000		
البيئة	معامل الإرتباط	0.81	0.75	0.77	
	الدلالة الإحصائية	0.000	0.000	0.000	
الكلي للمقياس	معامل الإرتباط	0.96	0.93	0.82	0.91
	الدلالة الإحصائية	0.000	0.000	0.000	0.000

يلاحظ من الجدول (3)، أن قيم معاملات الإرتباط بين المجالات والمقياس ككل تراوحت بين (0.82 – 0.96)، وأن قيم معاملات الإرتباط البينية بين مجالات مقياس نوعية الحياة، كانت مرتفعة وتراوحت بين (0.69 – 0.87) وجميعها ذات دلالة إحصائية، ويعد ذلك مؤشراً على صدق البناء للمقياس .

ثبات مقياس نوعية الحياة

لأغراض التحقق من ثبات الإتساق الداخلي لمقياس نوعية الحياة ومجالاته ؛ فقد تم حسابه باستخدام معادلة كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha) على بيانات التطبيق الأول للعينة الإستطلاعية، ولأغراض التحقق من ثبات الإعادة لمقياس نوعية الحياة ومجالاته ؛ فقد تم إعادة التطبيق على العينة الإستطلاعية بطريقة الإختبار وإعادته (Test – Retest) بفاصل

زمني مقداره أسبوعان بين التطبيق الأول والثاني، حيث تم حسابه باستخدام معامل إرتباط بيرسون (Person) بين التطبيق الأول والثاني على العينة الإستطلاعية، والجدول رقم (4)، يبين معاملات الإتساق الداخلي وثبات الإعادة لمقياس نوعية الحياة ومجالاته.

جدول (4)

معاملات الإتساق الداخلي وثبات الإعادة لمقياس نوعية الحياة ومجالاته.

المقياس ومجالاته	ثبات الإتساق الداخلي	ثبات الإعادة	عدد الفقرات
الصحة الجسمية	0.94	**0.87**	7
الصحة النفسية	0.92	**0.85**	7
العلاقات الإجتماعية	0.82	**0.93**	3
البيئة	0.86	**0.82**	8
الكلي للمقياس	0.96	**0.81**	25

يلاحظ من الجدول (4)، إن قيمة ثبات الإتساق الداخلي لمقياس نوعية الحياة بلغت (0.96)، ولمجالاته تراوحت بين (0.82 – 0.94)، في حين أن ثبات الإعادة للمقياس، قد بلغت قيمته (0.81)، ولمجالاته تراوحت بين (0.82 – 0.93).

تصحيح المقياس

تكوّن مقياس نوعية الحياة بصورته النهائية من (25) فقرة موزعة على أربعة مجالات، يستجيب المفحوص عليها وفق تدريج ليكرت (Likert) الخماسي، ويشمل البدائل الآتية : تنطبق بدرجة كبيرة جداً، وتعطى عند تصحيح المقياس (5) درجات، تنطبق بدرجة كبيرة، وتعطى(4) درجات، تنطبق بدرجة (متوسطة)، وتعطى (3) درجات، تنطبق بدرجة قليلة وتعطى درجتين، تنطبق بدرجة قليلة جداً، وتعطى درجة واحدة، وهذه الدرجات تنطبق على جميع فقرات

المقياس المصاغة باتجاه موجب، في حين يعكس التدريج على الفقرات السالبة وهي : (1، 2، 13) وبذلك تراوحت درجات المقياس ككل بين (25 - 125)، بحيث كلما ارتفعت الدرجة، كان ذلك مؤشرٌ على زيادة مستوى نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد، وقد صنف الباحث إستجابات المرضى إلى ثلاث فئات على النحو التالي:

نوعية الحياة	فئة المتوسطات الحسابية
مرتفعة	أكبر من 3.49
متوسطة	3.49–2.50
منخفضة	أقل من 2.50

ثانيا: مقياس إستراتيجيات التعامل

قام الباحث بتطوير مقياس إستراتيجيات التعامل، بعد الإطلاع على الأدب النظري والدراسات التي تناولت إستراتيجيات التعامل والتوافق والتكيف النفسي، حيث قام الباحث باختيار بعض فقرات مقياس الدراسة الحالية من دراسات(المومني والزغول، 2011؛ حاج امحمد، 2013) وقام الباحث بصياغة فقرات المقياس من خلال الإطلاع على الأدب النظري السابق والمتعلق ببناء المقاييس، حيث تم التوصل إلى مقياس مكون من (37) فقرة في صورته الأولية، موزعة على سبعة مجالات، لها علاقة بمستوى إستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي وهي: (مجال حل المشكلات والتكيف وله (4) فقرات، ومجال الدعم الإجتماعي وله(6) فقرات، ومجال المواجهة وله (10) فقرات، والمجال المعرفي وله (3) فقرات، ومجال التفريغ العاطفي وله (6) فقرات، ومجال الإسترخاء والترفيه وله (4) فقرات، ومجال التدين وله (4) فقرات، (الملحق، 3).

دلالات صدق وثبات مقياس إستراتيجيات التعامل

الصدق الظاهري

للتحقق من الصدق الظاهري لمقياس إستراتيجيات التعامل ومجالاته، قام الباحث بعرض المقياس بصورته الأولية على مجموعة من المحكمين وعددهم عشرة من ذوي الخبرة والإختصاص، في مجالات الإرشاد النفسي وعلم النفس التربوي والقياس والتقويم والمناهج في جامعة اليرموك (ملحق، 1)، حيث طلب منهم إبداء الرأي حول دقة وصحة محتوى المقياس من حيث: درجة إنتماء الفقرة للمجال الذي تنتمي اليه، ووضوح الفقرات والصياغة اللغوية، ومناسبتها لقياس ما وصفت لأجله، وإضافة أو تعديل أو حذف أو دمج ما يرونه مناسباً على من المجالات أو الفقرات، وقد أبدى عدد من المحكمين بعض الملاحظات التي تتعلق بتعديل بعض الفقرات منها مثلا: تم تعديل فقرة (أتخيل أو أتذكر كثيرا ما كنت عليه قبل مرضي) وقد أصبحت (أصبحت أكثر عصبية بعد مرضي)، وتم حذف فقرة (أشاهد البرامج التلفزيونية الطبية حول مرضي) من المقياس، وتم دمج المجال المعرفي مع مجال حل المشكلات والتكيف الإيجابي) وكان المعيار الذي تم إعتماده في قبول الفقرات والمجالات أو استبعادها أو دمجها، هو حصول الفقرة الواحدة على نسبة موافقة (80%) من المحكمين للابقاء عليها، وبذلك أصبح عدد فقرات المقياس بعدالتحكيم (26) فقرة، موزعة على ستة مجالات .(ملحق، 5) وهي:

المجال الأول: حل المشكلات والتكيف الإيجابي، ويقاس بالفقرات التالية: (1 ،2 ،13 ،14 ، 24، 25 ، 26).

المجال الثاني: الدعم الإجتماعي، ويقاس بالفقرات التالية: (3، 4، 15، 16).

المجال الثالث: المواجهة، ويقاس بالفقرات التالية: (5، 6، 17).

المجال الرابع: التفريغ العاطفي، ويقاس بالفقرات التالية: (7، 8، 18، 19، 20).

المجال الخامس: الاسترخاء والترفيه، ويقاس بالفقرات التالية: (9، 10، 21).

المجال السادس: التدين، ويقاس بالفقرات التالية: (11، 12، 22، 23).

مؤشرات صدق البناء

بهدف التحقق من صدق البناء، تم تطبيق المقياس على عينة إستطلاعية تكونت من(20)، مريضاً ومريضة من مرضى التصلب اللويحي المتعدد من خارج عينة الدراسة المستهدفة، وذلك لحساب معاملات إرتباط بيرسون، بين الدرجات على الفقرة، والدرجات على المجال، وكذلك معاملات الإرتباط بين الدرجات على الفقرة، والدرجات على المقياس ككل والجدول(5)، يبين ذلك.

جدول (5)

قيم معاملات الإرتباط بين الفقرة بالمجال الذي ينتمي إليه وقيم معامل إرتباط الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس

المجال	رقم الفقرة	اتجاه الفقرة	مضمون فقرات إستراتيجيات التعامل وفقاً لمجالاته	الإرتباط مع: المجال	المقياس
حل المشكلات والتكيف الإيجابي	1		أعالج مشكلاتي المرضية عند ظهورها دون تأجيل	0.67	0.59
	2		أتكيف مع الواقع رغم معاناتي المرضية	0.79	0.77
	13		أنظر لمرضي نظرة شمولية	0.71	0.65
	14		أبحث عن كل ما هو جديد عن مرضي وطرق علاجه	0.54	0.37
	24		أقنع نفسي بأني قادر على التعامل مع حالتي المرضية	0.81	0.68
	25		أغير من إتجاهاتي لأخفف من نظرتي لمرضي	0.77	0.64
	26		أحدث نفسي بطريقة إيجابية عن مرضي	0.76	0.72
الدعم الإجتماعي	3		يقدم الأطباء لي الإستشارة الصحية المناسبة	0.52	0.47
	5	سالبة	أتجنب المشاركة في المناسبات الإجتماعية المختلفة	0.86	0.68
	6	سالبة	أتجنب مخالطة الناس بسبب مرضي	0.88	0.72
	27		تمنحني أسرتي الرعاية والإهتمام الكافي	0.62	0.57
المواجهة	17	سالبة	ألجأ إلى التدخين للتخفيف من معاناتي المرضية	0.74	0.30
	28	سالبة	ألجأ إلى النوم حتى لا أفكر بمرضي	0.67	0.66
	32	سالبة	ألجأ للكذب كوسيلة للتهرب من حالتي المرضية	0.61	0.35
التفريغ العاطفي	7	سالبة	أصبحت أكثر عصبية بعد مرضي	0.70	0.58
	19	سالبة	أكبت مشاعري المرتبطة بمرضي	0.40	0.28
	20		أفكر بالأشياء السارة بدلا من الإنشغال في همومي المرضية	0.71	0.75
	30	سالبة	عندما أفكر بمرضي أحطم كل ما هو أمامي	0.68	0.50
	33	سالبة	ألجأ إلى البكاء للتخفيف من معاناتي النفسية والمرضية	0.71	0.45
الاسترخاء والترفيه	9		أرفه عن نفسي بممارسة هوايتي المفضلة	0.79	0.67
	10		أستمع للموسيقى للتخفيف من مشاعري السلبية	0.72	0.29
	21	سالبة	أفكر كيف كنت وكيف أصبحت بعد المرض	0.68	0.50
البعد الديني	11		أصبح التزامي الديني أكثر من المعتاد	0.82	0.26
	12		أقرأ القرآن الكريم أو أنصت إليه أكثر من السابق	0.85	0.31
	22		أصبحت أشاهد الفضائيات الدينية أكثر من السابق	0.87	0.24
	23		أصلّي أكثر من المعتاد	0.86	0.27

يلاحظ من الجدول (5) إن قيم معاملات إرتباط فقرات مجال حل المشكلات والتكيف الإيجابي قد تراوحت بين (0.54 – 0.81) من درجة المجال، وبين (0.37 – 0.77) مع الدرجة الكلية للمقياس، وأن قيم معاملات إرتباط فقرات مجال الدعم الإجتماعي، تراوحت بين (0.88 – 0.52) مع درجة المجال، وبين (0.47 – 0.72) مع الدرجة الكلية للمقياس، وأن قيم معاملات إرتباط فقرات مجال المواجهة قد تراوحت بين (0.61 – 0.74) مع درجة المجال، وبين (0.66 –

0.30) مع الدرجة الكلية للمقياس، وأن قيم معاملات إرتباط فقرات مجال التفريغ العاطفي قد تراوحت بين (0.40 – 0.71) من درجة المجال، وبين (0.28 – 0.75) مع الدرجة الكلية للمقياس، وأن قيم معاملات إرتباط فقرات مجال الإسترخاء والترفيه قد تراوحت بين(0.79 – 0.68) من درجة المجال، وبين (0.29 – 0.67) مع الدرجة الكلية للمقياس، وأخيراً؛ إن قيم معاملات إرتباط فقرات مجال التدين قد تراوحت بين (0.82 – 0.87) مع المجال وبين(0.31 – 0.24) مع الدرجة الكلية للمقياس.

وقد اعتمد الباحث معياراً لقبول الفقرة، بأن لا يقل معامل إرتباطها بالمجال الذي تنتمي اليه والمقياس ككل عن (0.20) (عودة، 2010)، وبناءً على هذا المعيار تكون مقياس إستراتيجيات التعامل من (26) فقرة موزعة على ستة مجالات. (ملحق، 5).

بالإضافة إلى ما تقدم؛ تم حساب معاملات الإرتباط البينية (Inter – Correlation) لمجالات مقياس إستراتيجيات التعامل، وقيم معاملات إرتباط المجالات بالمقياس ككل، كما هو موضح بالجدول (6).

جدول (6)

قيم معاملات الإرتباط البينية لمجالات مقياس إستراتيجيات وإرتباط المجالات بالمقياس ككل

العلاقة بين:	الإحصائي	حل المشكلات والتكيف الإيجابي	الدعم الإجتماعي	المواجهة	التفريغ العاطفي	الاسترخاء والترفيه	البعد الديني
الدعم الإجتماعي	معامل الإرتباط الدلالة الإحصائية	**0.71** 0.000					
المواجهة	معامل الإرتباط الدلالة الإحصائية	**0.45** 0.000	**0.45** 0.000				
التفريغ العاطفي	معامل الإرتباط الدلالة الإحصائية	**0.62** 0.000	**0.60** 0.000	**0.52** 0.000			
الاسترخاء والترفيه	معامل الإرتباط الدلالة الإحصائية	**0.55** 0.000	**0.52** 0.000	**0.37** 0.001	**0.54** 0.000		
البعد الديني	معامل الإرتباط الدلالة الإحصائية	**0.30** 0.000	**0.41** 0.000	**0.42** 0.001	**0.32** 0.000	**0.32** 0.000	
الكلي للمقياس	معامل الإرتباط الدلالة الإحصائية	**0.88** 0.000	**0.84** 0.000	**0.64** 0.000	**0.80** 0.000	**0.66** 0.000	**0.32** 0.000

يلاحظ من الجدول (6) أن قيم معاملات الإرتباط بين المجالات والمقياس ككل تراوحت بين(0.32 – 0.88)، وأن قيم معاملات الإرتباط البينية بين مجالات مقياس إستراتيجيات التعامل، كانت متوسطة، وتراوحت بين (0.32 – 0.71) ويعد ذلك مؤشراً على صدق البناء للمقياس.

ثبات المقياس

لأغراض التحقق من ثبات الإتساق الداخلي لمقياس إستراتيجيات التعامل ومجالاته؛ فقد تم حسابه باستخدام معادلة كرونباخ الفا (Cronbach's Alpha) على بيانات التطبيق الأول للعينة الإستطلاعية، ولأغراض التحقق من ثبات الاعادة لمقياس إستراتيجيات التعامل ومجالاته؛ فقد تم اعادة التطبيق على العينة الإستطلاعية بطريقة الإختبار وإعادته (Test- Retest) بفاصل زمني مقداره أسبوعان بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني، حيث تم حسابه باستخدام

معامل إرتباط بيرسون (Person) بين التطبيقين الأول والثاني على العينة الإستطلاعية والجدول (7) يبين قيم معاملات الإتساق الداخلي وثبات الإعادة لمقياس إستراتيجيات التعامل ومجالاته.

جدول (7)

معاملات الإتساق الداخلي وثبات الإعادة لمقياس إستراتيجيات التعامل ومجالاته

المقياس ومجالاته	ثبات الإتساق الداخلي	ثبات الإعادة	عدد الفقرات
حل المشكلات والتكيف الإيجابي	0.85	**0.85**	7
الدعم الإجتماعي	0.81	**0.90**	4
المواجهة	0.79	**0.93**	3
التفريغ العاطفي	0.84	**0.87**	5
الاسترخاء والترفيه	0.76	**0.91**	3
البعد الديني	0.87	**0.89**	4
الكلي للمقياس	0.89	**0.81**	26

يلاحظ من الجدول (7)، أن قيمة ثبات الإتساق الداخلي لمقياس إستراتيجيات التعامل بلغت (0.89)، ولمجالاته تراوحت بين (0.76 – 0.87)، في حين ان ثبات الإعادة للمقياس قد بلغت قيمته (0.81) ولمجالاته تراوحت بين (0.85 – 0.93).

تصحيح المقياس

تكون مقياس إستراتيجيات التعامل بصورته النهائية من (26) فقرة موزعة على ستة مجالات، يستجيب عليها المفحوص وفق تدريج ليكرت (Likert) الخماسي، ويشمل البدائل الآتية : تنطبق بدرجة كبيرة جداً، وتعطى عند تصحيح المقياس (5) درجات، تنطبق بدرجة كبيرة، وتعطى (4) درجات، تنطبق بدرجة متوسطة، وتعطى (3) درجات، تنطبق بدرجة قليلة وتعطى درجتين، وتنطبق بدرجة قليلة جداً تعطى درجة واحدة. وهذه الدرجات تنطبق على جميع

فقرات المقياس المصاغة باتجاه موجب في حين يعكس التدريج على الفقرات السلبية وهي: (5، 6، 7، 8، 15، 16، 17، 19، 20، 21).

لتحديد مستوى كل استراتيجية من استراتيجات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد، فقد صنف الباحث إستجابات المرضى إلى ثلاث فئات على النحو التالي:

درجة التعامل	فئة المتوسطات الحسابية
كبيرة	أكبر من 3.49
متوسطة	3.49 – 2.50
منخفضة	أقل من 2.50

إجراءات الدراسة

تمت الدراسة الحالية وفق الإجراءات والخطوات التالي:

1. إعداد أداتي الدراسة بصورتهما الأولية، هما مقياس نوعية الحياة، ومقياس إستراتيجيات التعامل، وذلك من قبل الباحث بعد الإطلاع على الأدب النظري والدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة .
2. الحصول على كتاب تسهيل مهمة من عمادة كلية التربية في جامعة اليرموك إلى وزارة الصحة، ومستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي، وجمعية التصلب اللويحي الأردنية.
3. تم توجيه كتاب من وزارة الصحة إلى ادارة التامين الصحي وإلى جميع المستشفيات التابعة لوزارة الصحة .

4. التحقق من الصدق الظاهري لأداتي الدراسة، وتطبيقها على عينة إستطلاعية من خارج عينة الدراسة المستهدفة، بهدف التحقق من دلالات الصدق والثبات لهما، وإخراجهما في صورتهما النهائية.
5. توزيع أداتي الدراسة على أفراد عينة الدراسة، مع التوضيح للمستجيبين بأهمية الدراسة وأهدافها وكيفية الإجابة على الأداتين، ومع التأكيد على أن الإجابة لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي، وأنها ستعامل معاملة سرية تامة.
6. جمع أداتي الدراسة وتدقيقها والتاكد من اكتمال الشروط فيها لأغراض التحليل الإحصائي، من حيث الإجابة على جميع الفقرات، وتعبئة المعلومات العامة، حيث جمع ما يقارب (152) إستبانة من أصل ما يقارب (235) إستبانة، وتم إستبعاد (9) إستبانات لم تكتمل الشروط فيها، وبذلك اصبحت عينة الدراسة الفعلية مكونة من (143) مريضاً ومريضة .

متغيرات الدراسة

اشتملت الدراسة على المتغيرات التالية :

أولاً : المتغيرات المستقلة، وتشمل :

- الجنس : وله فئتان (ذكور، وإناث).
- الحالة الإجتماعية : ولها ثلاث فئات (متزوج، أعزب، أرمل أو مطلق).
- مدة الإصابة بالمرض : ولها ثلاث فئات (من سنتين فأقل، من 2.01– 6 سنوات، أكثر من 6 سنوات).

ثانياً : المتغيرات التابعة، وتشمل :

- مستوى نوعية الحياة وأبعادها لدى مرضى التصلب اللوَّيحي المتعدد.
- مستوى إستراتيجيات التعامل وأبعادها لدى مرضى التصلب اللوَّيحي المتعدد.

منهجية الدراسة

تم إستخدام المنهج الوصفي الإرتباطي للتعرف على نوعية الحياة وإبراز إستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد، وللكشف عن طبيعة العلاقة بينهما، وذلك لمناسبته طبيعة هذه الدراسة وأهدافها.

المعالجات الإحصائية:

تمت المعالجات الإحصائية للبيانات في هذه الدراسة باستخدام برنامج الرزم الإحصائية (SPSS)، وذلك على النحو الآتي:

- **للإجابة عن سؤال الدراسة الأول؛** تم حساب المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لنوعية الحياة وأبعادها، والفقرات التي تتبع للأبعاد لدى مرضى التصلب اللوَّيحي المتعدد، مع مراعاة ترتيب الأبعاد، ثم الفقرات في ضوء الأبعاد التي تتبع لها تنازلياً وفقاً لمتوسطاتها الحسابية.
- **للإجابة عن سؤال الدراسة الثاني؛** فقد تم حساب المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لنوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللوَّيحي المتعدد وفقاً للمتغيرات، وإجراء تحليل التباين الثلاثي (دون تفاعل) لها وفقاً للمتغيرات. كما تم حساب المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لأبعاد نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللوَّيحي المتعدد وفقاً للمتغيرات، كما تم

إجراء تحليل التباين الثلاثي المتعدد (دون تفاعل) لها مجتمعة وفقاً للمتغيرات، ثم تم إجراء تحليل التباين الثلاثي (دون تفاعل) لها كلٌ على حدة وفقاً للمتغيرات.

- **للإجابة عن سؤال الدراسة الثالث؛** فقد تم حساب المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لدرجة إستراتيجيات التعامل وأبعادها والفقرات التي تتبع للأبعاد، لدى مرضى التصلب اللوَّيحي المتعدد، مع مراعاة ترتيب الأبعاد ثم الفقرات في ضوء الأبعاد التي تتبع لها تنازلياً وفقاً لمتوسطاتها الحسابية.
- **للإجابة عن سؤال الدراسة الرابع؛** فقد تم حساب المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لدرجة إستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللوَّيحي المتعدد وفقاً للمتغيرات، وإجراء تحليل التباين الثلاثي (دون تفاعل) لها وفقاً للمتغيرات. كما تم حساب المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لدرجة أبعاد إستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللوَّيحي المتعدد وفقاً للمتغيرات، ثم تم إجراء تحليل التباين الثلاثي المتعدد (دون تفاعل) لها مجتمعة وفقاً للمتغيرات، وبعد ذلك تم إجراء تحليل التباين الثلاثي (دون تفاعل) لها كلٍّ على حدة وفقاً للمتغيرات.
- **للإجابة عن سؤال الدراسة الخامس؛** تم حساب معاملات إرتباط بيرسون بين نوعية الحياة وأبعادها من جهة، وبين إستراتيجيات التعامل وأبعادها من جهة أخرى، لدى مرضى التصلب اللوَّيحي المتعدد.

الفصل الرابع

عرض النتائج

هدفت الدراسة إلى الكشف عن نوعية الحياة وإستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللوَّيحي المتعدد، وذلك عن طريق الإجابة عن كلٍّ من أسئلة الدراسة التالية:

أوّلاً. للإجابة عن سؤال الدراسة الأول الذي ينصَّ على: "**ما مستوى نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللوَّيحي المتعدد؟**"؛ فقد تم حساب المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لنوعية الحياة وأبعادها لدى مرضى التصلب اللوَّيحي المتعدد، مع مراعاة ترتيب الأبعاد تنازلياً، وذلك كما في الجدول (8).

جدول (8)

المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لنوعية الحياة وأبعادها لدى مرضى التصلب اللوَّيحي المتعدد مرتبة تنازلياً.

الرتبة	رقم المجال	المقياس ومجالاته	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	نوعية الحياة
1	3	العلاقات الإجتماعية	3.26	0.73	متوسطة
2	4	البيئة	3.10	0.75	متوسطة
3	1	الصحة الجسمية	3.03	1.06	متوسطة
4	2	الصحة النفسية	2.73	0.98	متوسطة
		الكلي للمقياس	3.00	0.84	متوسط

يلاحظ من الجدول (8)، أن نوعية الحياة وأبعادها لدى مرضى التصلب اللوَّيحي المتعدد قد كانت (متوسطة) وفقاً للمعيار المذكور في الفصل الثالث، حيث جاءت أبعاد نوعية الحياة لديهم وفقاً للترتيب التالي: بعد العلاقات الإجتماعية في المرتبة الأولى، تلاه بعد البيئة في المرتبة الثانية، ثم بعد الصحة الجسمية في المرتبة الثالثة، وأخيراً؛ ثم بعد الصحة النفسية في المرتبة الرابعة.

كذلك تم حساب المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لفقرات أبعاد نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللوَّيحي المتعدد، مع مراعاة ترتيب الفقرات ضمن كل بعد من أبعاد نوعية الحياة تنازلياً، وذلك كما في الجدول (9).

جدول (9)

المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لفقرات أبعاد نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللوَّيحي المتعدد مرتبة تنازلياً.

المجال	الرتبة	رقم الفقرة	اتجاه الفقرة	فقرات نوعية الحياة وفقاً لمجالاتها	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	نوعية الحياة
الصحة الجسمية	1	5		لدي القدرة على التنقل من مكان إلى آخر	3.25	1.15	متوسطة
	2	3		لدي القدرة على القيام بواجباتي اليومية	3.17	1.24	متوسطة
	3	6		أشعر بالرضا عن نومي	3.17	1.09	متوسطة
	4	7		لدي القدرة على العمل	2.95	1.32	متوسطة
	5	1	سالبة	أشعر بأن مرضي أصابني بالعجز عن القيام بعملي	2.94	1.32	متوسطة
	6	2	سالبة	أحتاج إلى الرعاية حتى تستمر حياتي	2.91	1.23	متوسطة
	7	4		أشعر بالرضا عن أدائي لواجباتي اليومية	2.83	1.27	متوسطة
الصحة النفسية	1	10		أستطيع أن أركز عقلي على الأداء	3.06	1.26	متوسطة
	2	11		اشعر بالرضا عن مظهر جسدي	2.85	1.29	متوسطة
	3	8		أستمتع بحياتي	2.75	1.15	متوسطة
	4	12		أشعر بالرضا عن نفسي	2.73	1.08	متوسطة
	5	13	سالبة	أشعر بالحزن والضيق	2.72	1.29	متوسطة
	6	9		أشعر بأن لحياتي معنى	2.53	1.15	متوسطة
	7	14		أشعر بالرضا عن حالتي الصحية	2.43	1.09	متدنية
العلاقات الإجتماعية	1	15		أشعر بالرضا عن علاقاتي مع الآخرين	3.63	0.98	مرتفعة
	2	16		أشعر بالرضا عن الدعم الإجتماعي المقدم لي من أصدقائي	3.62	0.88	مرتفعة
	3	17		أشعر بالرضا عن نوعية حياتي	2.54	1.09	متوسطة
البيئة	1	21		تتوفر المعلومات الضرورية التي أحتاج إليها في حياتي اليومية	3.69	0.94	مرتفعة
	2	22		لدي فرصة للراحة والاسترخاء	3.63	0.98	مرتفعة
	3	23		أشعر بالرضا عن المكان الذي أعيش فيه	3.54	0.96	مرتفعة
	4	19		أتمتع في بيئة صحية	3.08	0.79	متوسطة
	5	20		لدي القدرة على إشباع احتياجاتي المختلفة	2.92	1.20	متوسطة
	6	25		آخرج في رحلات ترفيهية	2.78	1.34	متوسطة
	7	24		أشعر بالرضا عن توافر الخدمات الصحية	2.66	1.05	متوسطة
	8	18		أشعر بالأمان في حياتي اليومية	2.50	1.12	متوسطة

يلاحظ من الجدول (9)، أن نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللوَّيحي المقترنة بفقرات بعد الصحة الجسمية قد كانت (متوسطة)، في حين صُنِّفت فقرات بعد الصحة النفسية ضمن نوعيتي حياة لدى مرضى التصلب اللويحي؛ هما: (متوسطة) للفقرات ذوات الرتب (1−6)، (منخفضة) للفقرة ذات الرتبة (7)، كما صُنِّفت فقرات بعد العلاقات الإجتماعية ضمن نوعيتي حياة لدى مرضى التصلب اللويحي؛ هما: (مرتفعة) للفقرتين ذاتي الرتبتين (1−2)، (متوسطة) للفقرة ذات الرتبة (3)، وأخيراً؛ صُنِّفت فقرات بعد البيئة ضمن نوعيتي حياة لدى مرضى التصلب اللوَّيحي؛ هما: (مرتفعة) للفقرات ذوات الرتب (1−3)، و(متوسطة) للفقرات ذوات الرتب (4−8).

ثانياً. للإجابة عن سؤال الدراسة الثاني الذي نصَّ على: "**هل توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين متوسطات نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللوَّيحي المتعدد تعزى لمتغيرات (الجنس، الحالة الإجتماعية، مدة الإصابة بالمرض)؟**"؛ فقد تم حساب المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لنوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللوَّيحي وفقاً لتلك المتغيرات، وذلك كما في الجدول (10).

جدول (10)

المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لنوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللوَّيحي وفقاً للمتغيرات(الجنس، الحالة الإجتماعية، مدة الاصابة بالمرض).

المتغير	مستويات المتغير	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري
الجنس	ذكر	2.96	0.77
	أنثى	3.03	0.89
الحالة الإجتماعية	أعزب	3.36	0.75
	متزوج	2.92	0.80
	أرمل أو مطلق	2.21	0.63
مدة الإصابة بالمرض	من سنتين فأقل	3.51	0.60
	من 2.01 وحتى 6 سنوات	2.94	0.67
	أكثر من 6 سنوات	2.19	0.75

يلاحظ من الجدول (10)، وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لنوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللوَّيحي ناتجة عن اختلاف مستويات المتغيرات؛ وبهدف التحقق من جوهرية الفروق الظاهرية؛ تم إجراء تحليل التباين الثلاثي (دون تفاعل) 3-way ANOVA without Interaction لنوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللوَّيحي وفقاً لمتغيرات السؤال، وذلك كما في الجدول (11).

جدول (11)

نتائج تحليل التباين الثلاثي (دون تفاعل) لنوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللوَّيحي وفقاً للمتغيرات(الجنس، الحالة الإجتماعية، مدة الاصابة بالمرض).

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الجنس	0.328	1	0.328	0.808	0.370
الحالة الإجتماعية	5.877	2	2.938	**7.225**	0.001
مدة الإصابة بالمرض	26.517	2	13.258	**32.601**	0.000
الخطأ	55.716	137	0.407		
الكلي	99.369	142			

يتبين من الجدول (11) عدم وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين المتوسطين الحسابيين لنوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللوَّيحي يعزى لمتغير (الجنس).

في حين يتبين من الجدول (11)، وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين المتوسطات الحسابية لنوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللوَّيحي تعزى لمتغيري (الحالة الإجتماعية، ومدة الإصابة بالمرض)؛ ولكون المتغيرين متعددي المستويات، فقد تم إجراء اختبار (Levene) للكشف عن إنتهاك تجانس التباين من عدمه بين متوسطات نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللوَّيحي وفقاً للمتغيرين، حيث بلغت قيمة F المحسوبة له (أي اختبار Levene) ما مقداره 2.152 عند درجتي حرية (16 للبسط، و126 للمقام) بدلالة

إحصائية؛ بما يفيد وجود انتهاك في تجانس التباين، مما أوجب استخدام أحد إختبارات المقارنات البعدية التي تراعي إنتهاك تجانس التباين حيث تم استخدام إختبار (Games-Howell) للمقارنات البعدية المتعددة؛ بهدف تحديد لصالح أيٍّ من المستويين (الحالة الإجتماعية، ومدة الإصابة بالمرض) كانت الفروق الجوهرية بين متوسطات نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللوَّيحي، وذلك كما هو مبين في الجدولين (12، 13).

جدول (12)

نتائج إختبار Games-Howell لنوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللوَّيحي وفقاً لمتغير (الحالة الإجتماعية).

الحالة الإجتماعية		أرمل أو مطلق	متزوج	أعزب
Games-Howell	المتوسط الحسابي	2.21	2.92	3.36
أرمل أو مطلق	2.21			
متزوج	2.92	**0.71**		
أعزب	3.36	**1.15**	**0.44**	

يتضح من الجدول (12)، وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين المتوسطين الحسابيين لنوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي يعزى لمتغير (الحالة الإجتماعية)؛ لصالح غير المتزوجين مقارنة بكلٍّ من (الأرامل أو المطلقين ثم المتزوجين)، ثم لصالح المتزوجين مقارنة بالأرامل أو المطلقين.

جدول (13)

نتائج إختبار Games-Howell لنوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللوَّيحي وفقاً لمتغير (مدة الإصابة بالمرض).

مدة الإصابة بالمرض		أكثر من 6 سنوات	من 2.01 وحتى 6 سنوات	من سنتين فأقل
Games-Howell	المتوسط الحسابي	2.19	2.94	3.51
أكثر من 6 سنوات	2.19			
من 2.01 وحتى 6 سنوات	2.94	**0.75**		
من سنتين فأقل	3.51	**1.32**	**0.57**	

يتضح من الجدول (13)، وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين المتوسطين الحسابيين لنوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي يعزى لمتغير (مدة الإصابة بالمرض)؛ لصالح من مدة إصابتهم بالمرض سنتين فأقل، مقارنة بكلٍّ من كانت مدة إصابتهم بالمرض (أكثر من 6 سنوات، ثم من 2.01 وحتى 6 سنوات)، ثم لصالح من مدة إصابتهم بالمرض من (2.01 وحتى 6 سنوات) مقارنة بمن كانت مدة إصابتهم بالمرض (أكثر من 6 سنوات).

كما؛ تم حساب المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لأبعاد نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي وفقاً للمتغيرات، وذلك كما في الجدول (14).

جدول (14)

المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لأبعاد نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي وفقاً للمتغيرات(الجنس، الحالة الإجتماعية، مدة الاصابة بالمرض).

المتغير	مستويات المتغير	الإحصائي	مجالات نوعية الحياة: الصحة الجسمية	الصحة النفسية	العلاقات الإجتماعية	البيئة
الجنس	ذكر	المتوسط الحسابي	2.99	2.71	3.15	3.08
		الإنحراف المعياري	1.03	0.93	0.68	0.68
	أنثى	المتوسط الحسابي	3.06	2.74	3.35	3.12
		الإنحراف المعياري	1.10	1.02	0.76	0.80
الحالة الإجتماعية	أعزب	المتوسط الحسابي	3.54	3.08	3.52	3.39
		الإنحراف المعياري	0.88	0.92	0.69	0.74
	متزوج	المتوسط الحسابي	2.92	2.67	3.24	3.02
		الإنحراف المعياري	1.02	0.96	0.67	0.71
	أرمل أو مطلق	المتوسط الحسابي	1.97	1.88	2.56	2.58
		الإنحراف المعياري	0.87	0.66	0.71	0.57
مدة الإصابة بالمرض	من سنتين فأقل	المتوسط الحسابي	3.69	3.22	3.59	3.57
		الإنحراف المعياري	0.77	0.78	0.59	0.51
	من 2.01 وحتى 6 سنوات	المتوسط الحسابي	3.02	2.69	3.20	3.00
		الإنحراف المعياري	0.82	0.89	0.64	0.65
	أكثر من 6 سنوات	المتوسط الحسابي	1.91	1.92	2.78	2.46
		الإنحراف المعياري	0.88	0.86	0.81	0.70

يلاحظ من الجدول (14)، وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لأبعاد نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي ناتجة عن إختلاف مستويات المتغيرات؛ وبهدف التحقق من جوهرية الفروق الظاهرية؛ تم حساب معاملات الإرتباط بين أبعاد نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي متبوعة بإجراء إختبار (Bartlett) للكروية، وفقاً للمتغيرات لتحديد أنسب تحليل تباين (تحليل تباين ثلاثي متعدد، أم تحليل تباين ثلاثي) توجب استخدامه، وذلك كما في الجدول (15).

جدول (15)

نتائج اختبار Bartlett للكروية لأبعاد نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي وفقاً للمتغيرات (الصحة النفسية، العلاقات الإجتماعية، البيئة).

العلاقة وفقاً للمتغيرات	الصحة الجسمية	الصحة النفسية	العلاقات الإجتماعية
الصحة النفسية	**0.81**		
العلاقات الإجتماعية	**0.67**	**0.63**	
البيئة	**0.73**	**0.69**	**0.69**
	اختبار Bartlett للكروية		
نسبة الأرجحية العظمى	**كا^2 التقريبية**	**درجة الحرية**	**الدلالة الإحصائية**
0.000	**379.787**	9	0.000

يتبين من الجدول (15)، وجود علاقة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين أبعاد نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي تعزى للمتغيرات؛ مما استوجب استخدام تحليل التباين الثلاثي المتعدد (دون تفاعل) لأبعاد نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي مجتمعة وفقاً للمتغيرات، وذلك كما في الجدول (16).

جدول (16)

نتائج تحليل التباين الثلاثي المتعدد (دون تفاعل) لأبعاد نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي مجتمعة وفقاً للمتغيرات(الجنس، الحالة الإجتماعية، مدة الاصابة بالمرض).

الأثر	نوع الاختبار المتعدد	قيمة الاختبار المتعدد	قيمة ف المحسوبة	درجة حرية الفرضية	درجة حرية الخطأ	الدلالة الإحصائية
الجنس	Hotelling's Trace	0.041	1.361	4	134	0.251
الحالة الإجتماعية	Wilks' Lambda	0.848	**2.887**	8	268	0.004
مدة الإصابة بالمرض	Wilks' Lambda	0.579	**10.529**	8	268	0.000

يتبين من الجدول (16)، عدم وجود أثر دال إحصائياً لمتغير (الجنس) ووجود أثر دال إحصائياً لمتغيري (الحالة الإجتماعية، مدة الإصابة بالمرض) عند مستوى الدلالة (α=0.05) على أبعاد نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي مجتمعة؛ ولتحديد على أيٍّ من أبعاد نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي كان أثرُ المتغيرين (الحالة الإجتماعية، مدة الإصابة بالمرض)؛ فقد تم إجراء تحليل التباين الثلاثي (دون تفاعل) لأبعاد نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي كلٍّ على حدةٍ وفقاً للمتغيرات، وذلك كما في الجدول (17).

جدول (17)

نتائج تحليل التباين الثلاثي (دون تفاعل) لأبعاد نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي كلٍّ على حدةٍ وفقاً للمتغيرات(الجنس، الحالة الإجتماعية، مدة الاصابة بالمرض).

مصدر التباين	المتغير التابع	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الجنس	الصحة الجسمية	0.491	1	0.491	0.829	0.364
	الصحة النفسية	0.106	1	0.106	0.158	0.691
	العلاقات الإجتماعية	1.565	1	1.565	3.945	0.049
	البيئة	0.179	1	0.179	0.496	0.483
الحالة الإجتماعية	الصحة الجسمية	10.898	2	5.449	**9.196**	0.000
	الصحة النفسية	6.706	2	3.353	**5.000**	0.008
	العلاقات الإجتماعية	5.533	2	2.766	**6.972**	0.001
	البيئة	2.529	2	1.265	**3.501**	0.033
مدة الإصابة بالمرض	الصحة الجسمية	47.499	2	23.749	**40.078**	0.000
	الصحة النفسية	25.261	2	12.630	**18.837**	0.000
	العلاقات الإجتماعية	9.153	2	4.576	**11.533**	0.000
	البيئة	20.962	2	10.481	**29.021**	0.000

الخطأ	الصحة الجسمية	81.183	137	0.593
	الصحة النفسية	91.859	137	0.671
	العلاقات الإجتماعية	54.364	137	0.397
	البيئة	49.477	137	0.361
الكلي	الصحة الجسمية	160.822	142	
	الصحة النفسية	135.336	142	
	العلاقات الإجتماعية	76.031	142	
	البيئة	79.436	142	

يتبين من الجدول (17)، وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين المتوسطات الحسابية لأبعاد نوعية الحياة (الصحة الجسمية، الصحة النفسية، العلاقات الإجتماعية، البيئة) لدى مرضى التصلب اللويحي تعزى للمتغيرين (الحالة الإجتماعية، مدة الإصابة بالمرض)؛ ولكون المتغيرين متعددي المستويات؛ فقد تم إجراء اختبار (Levene) للتحقق من انتهاك تجانس التباين لأبعاد نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي وفقاً للمتغيرين، وذلك كما هو مبين في الجدول (18).

جدول (18)

نتائج اختبار Levene لانتهاك تجانس التباين لأبعاد نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي وفقاً للمتغيرين(الحالة الإجتماعية، مدة الإصابة بالمرض).

المتغير التابع	قيمة ف المحسوبة	درجة حرية البسط	درجة حرية المقام	الدلالة الإحصائية
الصحة الجسمية	**2.535**	16	126	0.002
الصحة النفسية	1.660	16	126	0.063
العلاقات الإجتماعية	0.708	16	126	0.782
البيئة	**1.930**	16	126	0.023

يتضح من الجدول (18)، وجود إنتهاك لتجانس التباين عند مستوى الدلالة (α=0.05) لأبعاد نوعية الحياة (الصحة الجسمية، الصحة النفسية، البيئة) لدى مرضى التصلب اللويحي وفقاً للمتغيرين؛ بما يفيد ضرورة إجراء اختبار (Games-Howell) للمقارنات البعدية المتعددة للكشف عن جوهرية الفروق بين المتوسطات الحسابية لأبعاد نوعية الحياة (الصحة الجسمية،

الصحة النفسية، البيئة) لدى مرضى التصلب اللويحي وفقاً للمتغيرين، وكذلك يتضح من الجدول (18)، عدم وجود إنتهاك لتجانس التباين عند مستوى الدلالة (α=0.05) لبعد نوعية الحياة (العلاقات الإجتماعية) لدى مرضى التصلب اللويحي وفقاً للمتغيرين؛ بما يفيد ضرورة إجراء اختبار (Scheffe) للمقارنات البعدية المتعددة للكشف عن جوهرية الفروق بين المتوسطات الحسابية لبعد نوعية الحياة (العلاقات الإجتماعية) لدى مرضى التصلب اللويحي وفقاً للمتغيرين، وذلك كما في الجدولين (19، 20).

جدول (19):

نتائج اختباري Games-Howell وScheffe للمقارنات البعدية المتعددة لأبعاد نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي وفقاً لمتغير (الحالة الإجتماعية).

الصحة الجسمية	**الحالة الإجتماعية**		أرمل أو مطلق	متزوج	أعزب
	Games-Howell	المتوسط الحسابي	1.97	2.92	3.54
	أرمل أو مطلق	1.97			
	متزوج	2.92	**0.95**		
	أعزب	3.54	**1.57**	**0.62**	
الصحة النفسية	**الحالة الإجتماعية**		أرمل أو مطلق	متزوج	أعزب
	Scheffe	المتوسط الحسابي	1.88	2.67	3.08
	أرمل أو مطلق	1.88			
	متزوج	2.67	**0.79**		
	أعزب	3.08	**1.21**	**0.41**	
العلاقات الإجتماعية	**الحالة الإجتماعية**		أرمل أو مطلق	متزوج	أعزب
	Scheffe	المتوسط الحسابي	2.56	3.24	3.52
	أرمل أو مطلق	2.56			
	متزوج	3.24	**0.68**		
	أعزب	3.52	**0.96**	**0.28**	
البيئة	**الحالة الإجتماعية**		أرمل أو مطلق	متزوج	أعزب
	Games-Howell	المتوسط الحسابي	2.58	3.02	3.39
	أرمل أو مطلق	2.58			
	متزوج	3.02	**0.45**		
	أعزب	3.39	**0.81**	**0.36**	

يتضح من الجدول (19)، وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين المتوسطين الحسابيين لأبعاد نوعية الحياة (الصحة الجسمية، الصحة النفسية، العلاقات

الإجتماعية، البيئة) لدى مرضى التصلب اللويحي يعزى لمتغير (الحالة الإجتماعية)؛ لصالح غير المتزوجين مقارنة بكلٍّ من الأرامل أو المطلقين ثم المتزوجين، ثم لصالح المتزوجين مقارنة بالأرامل أو المطلقين.

جدول (20):

نتائج اختباري Games-Howell وScheffe للمقارنات البعدية المتعددة لأبعاد نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي وفقاً لمتغير (مدة الإصابة بالمرض).

الصحة الجسمية	**مدة الإصابة بالمرض**		أكثر من 6 سنوات	من 2.01 وحتى 6 سنوات	من سنتين فأقل
	Games-Howell	المتوسط الحسابي	1.91	3.02	3.69
	أكثر من 6 سنوات	1.91			
	من 2.01 وحتى 6 سنوات	3.02	**1.11**		
	من سنتين فأقل	3.69	**1.78**	**0.67**	
الصحة النفسية	**مدة الإصابة بالمرض**		أكثر من 6 سنوات	من 2.01 وحتى 6 سنوات	من سنتين فأقل
	Scheffe	المتوسط الحسابي	1.92	2.69	3.22
	أكثر من 6 سنوات	1.92			
	من 2.01 وحتى 6 سنوات	2.69	**0.78**		
	من سنتين فأقل	3.22	**1.31**	**0.53**	
العلاقات الإجتماعية	**مدة الإصابة بالمرض**		أكثر من 6 سنوات	من 2.01 وحتى 6 سنوات	من سنتين فأقل
	Scheffe	المتوسط الحسابي	2.78	3.20	3.59
	أكثر من 6 سنوات	2.78			
	من 2.01 وحتى 6 سنوات	3.20	**0.42**		
	من سنتين فأقل	3.59	**0.81**	**0.39**	
البيئة	**مدة الإصابة بالمرض**		أكثر من 6 سنوات	من 2.01 وحتى 6 سنوات	من سنتين فأقل
	Games-Howell	المتوسط الحسابي	2.46	3.00	3.57
	أكثر من 6 سنوات	2.46			
	من 2.01 وحتى 6 سنوات	3.00	**0.54**		
	من سنتين فأقل	3.57	**1.11**	**0.57**	

يتضح من الجدول (20)، وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين المتوسطين الحسابيين لأبعاد نوعية الحياة (الصحة الجسمية، الصحة النفسية، العلاقات الإجتماعية، البيئة) لدى مرضى التصلب اللويحي يعزى لمتغير (مدة الإصابة بالمرض)؛ لصالح من مدة إصابتهم بالمرض سنتين فأقل، مقارنة بكلٍّ من كانت مدة إصابتهم بالمرض أكثر من 6

سنوات، ثم من 2.01 وحتى 6 سنوات، ثم لصالح من مدة إصابتهم بالمرض من 2.01 وحتى 6 سنوات مقارنة بمن كانت مدة إصابتهم بالمرض أكثر من 6 سنوات.

ثالثاً. للإجابة عن سؤال الدراسة الثالث الذي نصَّ على: "**ما أبرز إستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللوَّيحي المتعدد؟**"؛ فقد تم حساب المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لإستراتيجيات التعامل وأبعادها لدى مرضى التصلب اللوَّيحي المتعدد، مع مراعاة ترتيب الأبعاد تنازلياً، وذلك كما في الجدول (21).

جدول (21)

المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لإستراتيجيات التعامل وأبعادها لدى مرضى التصلب اللوَّيحي المتعدد مرتبة تنازلياً.

الرتبة	رقم المجال	المقياس ومجالاته	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	المستوى
1	3	المواجهة	3.72	0.89	مرتفع
2	2	الدعم الإجتماعي	3.43	0.86	متوسط
3	4	التفريغ العاطفي	3.36	0.76	متوسط
4	1	حل المشكلات والتكيف الإيجابي	3.33	0.84	متوسط
5	6	البعد الديني	3.17	0.79	متوسط
6	5	الاسترخاء والترفيه	2.44	0.85	متدني
		الكلي للمقياس	3.27	0.60	متوسط

يلاحظ من الجدول (21)، أن مستوى إستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللوَّيحي المتعدد قد كان (متوسطاً) وفقاً للمعيار المذكور في الفصل الثالث، حيث جاءت أبعاد إستراتيجيات التعامل لديهم وفقاً للترتيب التالي: بعد المواجهة في المرتبة الأولى ضمن مستوى (مرتفع)، تلاه بعد الدعم الإجتماعي في المرتبة الثانية، ثم بعد التفريغ العاطفي في المرتبة الثالثة، ثم بعد حل المشكلات والتكيف الإيجابي في المرتبة الرابعة، ثم البعد الديني في المرتبة الخامسة ضمن مستوى (متوسط) لكل منها، وأخيراً؛ جاء بعد الإسترخاء والترفيه في المرتبة السادسة ضمن مستوى (متدني).

كذلك تم حساب المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لفقرات أبعاد إستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللوَّيحي المتعدد، مع مراعاة ترتيب الفقرات ضمن كل بعد من أبعاد إستراتيجيات التعامل تنازلياً، وذلك كما في الجدول (22).

جدول (22)

المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لفقرات أبعاد إستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللوَّيحي المتعدد مرتبة تنازلياً.

المجال	الرتبة	رقم الفقرة	إتجاه الفقرة	فقرات إستراتيجيات التعامل وفقاً لمجالاتها	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	المستوى
حل المشكلات والتكيف الإيجابي	1	14		أبحث عن كل ما هو جديد عن مرضي وطرق علاجه	3.87	1.19	مرتفع
	2	1		أعالج مشكلاتي المرضية عند ظهورها دون تأجيل	3.85	0.92	مرتفع
	3	2		أتكيف مع الواقع رغم معاناتي المرضية	3.39	1.31	متوسط
	4	24		أقنع نفسي بأني قادر على التعامل مع حالتي المرضية	3.22	1.27	متوسط
	5	26		أحدث نفسي بطريقة إيجابية عن مرضي	3.19	1.16	متوسط
	6	13		أنظر لمرضي نظرة شمولية	3.00	1.14	متوسط
	7	25		أغير من اتجاهاتي لأخفف من نظرتي لمرضي	2.77	1.11	متوسط
الدعم الإجتماعي	1	27		تمنحني أسرتي الرعاية والإهتمام الكافي	3.99	0.98	مرتفع
	2	5	سالبة	أتجنب المشاركة في المناسبات الإجتماعية المختلفة	3.42	1.30	متوسط
	3	6	سالبة	أتجنب مخالطة الناس بسبب مرضي	3.41	1.30	متوسط
	4	3		يقدم الأطباء لي الإستشارة الصحية المناسبة	2.92	1.07	متوسط
المواجهة	1	32	سالبة	ألجأ للكذب كوسيلة للتهرب من حالتي المرضية	4.11	1.04	مرتفع
	2	17	سالبة	ألجأ إلى التدخين للتخفيف من معاناتي المرضية	3.72	1.56	مرتفع
	3	28	سالبة	ألجأ إلى النوم حتى لا أفكر بمرضي	3.31	1.31	متوسط
التفريغ العاطفي	1	30	سالبة	عندما أفكر بمرضي أحطم كل ما هو أمامي	4.14	1.05	مرتفع
	2	33	سالبة	ألجأ إلى البكاء للتخفيف من معاناتي النفسية والمرضية	3.55	1.36	مرتفع
	3	19	سالبة	أكبت مشاعري المرتبطة بمرضي	3.11	1.07	متوسط
	4	20		أفكر بالأشياء السارة بدلا من الانشغال في همومي	3.03	1.05	متوسط

المجال	الرتبة	رقم الفقرة	إتجاه الفقرة	فقرات إستراتيجيات التعامل وفقاً لمجالاتها	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	المستوى
				المرضية			
	5	7	سالبة	أصبحت أكثر عصبية بعد مرضي	2.95	1.27	متوسط
الاسترخاء والترفيه	1	9		أرفه عن نفسي بممارسة هوايتي المفضلة	2.68	1.18	متوسط
	2	21	سالبة	أفكر كيف كنت وكيف أصبحت بعد المرض	2.34	1.13	متدني
	3	10		أستمع للموسيقى للتخفيف من مشاعري السلبية	2.31	1.19	متدني
البعد الديني	1	11		أصبح التزامي الديني أكثر من المعتاد	3.31	0.94	متوسط
	2	12		أقرأ القرآن الكريم أو أنصت إليه أكثر من السابق	3.20	1.00	متوسط
	3	23		أصلّي أكثر من المعتاد	3.14	0.90	متوسط
	4	22		أصبحت أشاهد الفضائيات الدينية أكثر من السابق	3.03	0.95	متوسط

يلاحظ من الجدول (22)، أن إستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللوَّيحي المقترنة بفقرات بعد حل المشكلات والتكيف الإيجابي قد صُنِّفت ضمن مستويين؛ هما: (مرتفع) للفقرتين ذاتي الرتبتين (1–2)، (متوسط) للفقرات ذوات الرتب (3–7)، في حين صُنِّفت فقرات بعد الدعم الإجتماعي ضمن مستويين لدى مرضى التصلب اللويحي؛ هما: (مرتفع) للفقرة ذات الرتبة (1)، (متوسط) للفقرات ذوات الرتب (2–4)، كما صُنِّفت فقرات بعد المواجهة ضمن مستويين لدى مرضى التصلب اللويحي؛ هما: (مرتفع) للفقرتين ذواتا الرتب (1–2)، (متوسط) للفقرة ذات الرتبة (3)، وكذلك صُنِّفت فقرات بعد التفريغ العاطفي ضمن مستويين لدى مرضى التصلب اللويحي؛ هما: (مرتفع) للفقرتين ذواتا الرتب (1–2)، (متوسط) للفقرات ذوات الرتب (3–5)، بالمقابل صُنِّفت فقرات بعد الإسترخاء والترفيه ضمن مستويين لدى مرضى التصلب اللويحي؛ هما: (متوسط) للفقرة ذات الرتبة (1)، (متدني) للفقرات ذوات الرتب (2–3)، وأخيراً؛ صُنِّفت جميع فقرات البعد الديني ضمن مستوى (متدني) لدى مرضى التصلب اللوَّيحي.

رابعاً. للإجابة عن سؤال الدراسة الرابع الذي نصَّ على: "**هل توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين متوسطات إستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللوَّيحي المتعدد تعزى لمتغيرات (الجنس، الحالة الإجتماعية، مدى الإصابة بالمرض)؟**"؛ فقد تم حساب المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لإستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللوَّيحي وفقاً للمتغيرات، وذلك كما في الجدول (23).

جدول (23)

المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لإستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللوَّيحي وفقاً للمتغيرات(الجنس، الحالة الإجتماعية، مدة الاصابة بالمرض).

المتغير	مستويات المتغير	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري
الجنس	ذكر	3.22	0.55
	أنثى	3.31	0.65
الحالة الإجتماعية	أعزب	3.47	0.52
	متزوج	3.26	0.58
	أرمل أو مطلق	2.65	0.56
مدة الإصابة بالمرض	من سنتين فأقل	3.61	0.46
	من 2.01 وحتى 6 سنوات	3.24	0.48
	أكثر من 6 سنوات	2.73	0.59

يلاحظ من الجدول (23)، وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لإستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللوَّيحي ناتجة عن اختلاف مستويات المتغيرات؛ وبهدف التحقق من جوهرية الفروق الظاهرية؛ تم إجراء تحليل التباين الثلاثي (دون تفاعل) 3-way ANOVA without Interaction لإستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللوَّيحي وفقاً للمتغيرات، وذلك كما في الجدول (24).

جدول (24)

نتائج تحليل التباين الثلاثي (دون تفاعل) لإستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللوَّيحي وفقاً للمتغيرات(الجنس، الحالة الإجتماعية، مدة الاصابة بالمرض).

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الجنس	0.361	1	0.361	1.579	0.211
الحالة الإجتماعية	3.154	2	1.577	**6.907**	0.001
مدة الإصابة بالمرض	11.753	2	5.877	**25.741**	0.000
الخطأ	31.278	137	0.228		
الكلي	51.497	142			

يتبين من الجدول (24) عدم وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين المتوسطين الحسابيين لإستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللوَّيحي يعزى لمتغير (الجنس).

في حين يتبين من الجدول (24)، وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين المتوسطات الحسابية لإستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللوَّيحي تعزى لمتغيري (الحالة الإجتماعية، ومدة الإصابة بالمرض)؛ ولكون المتغيرين متعددي المستويات، فقد تم إجراء اختبار (Levene) للكشف عن انتهاك تجانس التباين، من عدمه بين متوسطات إستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللوَّيحي وفقاً للمتغيرين، حيث بلغت قيمة F المحسوبة له (أي اختبار Levene) ما مقداره 1.494 عند درجتي حرية (16 للبسط، و126 للمقام) بغير دلالة إحصائية؛ بما يفيد عدم وجود انتهاك في تجانس التباين، مما أوجب استخدام أحد اختبارات المقارنات البعدية التي تراعي تجانس التباين، حيث تم استخدام اختبار (Scheffe) للمقارنات البعدية المتعددة؛ بهدف تحديد لصالح أيٍّ من المستويين (الحالة الإجتماعية، مدة الإصابة

بـالمرض) كانـت الفـروق الجوهريـة بـين متوسـطات إسـتراتيجيات التعامـل لـدى مرضـى التصـلب اللوَّيحي، وذلك كما هو مبين في الجدولين (25، 26).

جدول (25)

نتائج إختبار Scheffe لإستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللوَّيحي وفقاً لمتغير (الحالة الإجتماعية).

الحالة الإجتماعية		أرمل أو مطلق	متزوج	أعزب
Scheffe	المتوسط الحسابي	2.65	3.26	3.47
أرمل أو مطلق	2.65			
متزوج	3.26	**0.61**		
أعزب	3.47	**0.82**	0.21	

يتضح من الجدول (25)، وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين المتوسطين الحسابيين لإستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللوَّيحي يعزى لمتغير (الحالة الإجتماعية)؛ لصالح غير المتزوجين مقارنة بالأرامل أو المطلقين، ثم لصالح المتزوجين مقارنة بالأرامل أو المطلقين.

جدول (26)

نتائج إختبارScheffe لإستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللوَّيحي وفقاً لمتغير (مدة الإصابة بالمرض).

مدة الإصابة بالمرض		أكثر من 6 سنوات	من 2.01 وحتى 6 سنوات	من سنتين فأقل
Scheffe	المتوسط الحسابي	2.73	3.24	3.61
أكثر من 6 سنوات	2.73			
من 2.01 وحتى 6 سنوات	3.24	**0.50**		
من سنتين فأقل	3.61	**0.88**	**0.37**	

يتضح من الجدول (26)، وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين المتوسطين الحسابيين لإستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللوَّيحي يعزى لمتغير (مدة الإصابة بالمرض)؛ لصالح من مدة إصابتهم بالمرض سنتين فأقل، مقارنة بكلٍّ من كانت مدة

إصابتهم بالمرض (أكثر من 6 سنوات، ثم من 2.01 وحتى 6 سنوات)، ثم لصالح من مدة إصابتهم بالمرض من 2.01 وحتى 6 سنوات، مقارنة بمن كانت مدة إصابتهم بالمرض أكثر من 6 سنوات.

كما؛ تم حساب المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لأبعاد إستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي وفقاً للمتغيرات، وذلك كما في الجدول (27).

جدول (27)

المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لأبعاد إستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي وفقاً للمتغيرات(الجنس، الحالة الإجتماعية، مدة الاصابة بالمرض).

المتغير	مستويات المتغير	الإحصائي	مجالات إستراتيجيات التعامل					
			حل المشكلات والتكيف الإيجابي	الدعم الإجتماعي	المواجهة	التفريغ العاطفي	الاسترخاء والترفيه	البعد الديني
الجنس	ذكر	المتوسط الحسابي	3.26	3.35	3.48	3.44	2.41	3.14
		الإنحراف المعياري	0.84	0.76	0.91	0.71	0.83	0.80
	أنثى	المتوسط الحسابي	3.38	3.51	3.91	3.29	2.47	3.20
		الإنحراف المعياري	0.84	0.93	0.83	0.81	0.86	0.79
الحالة الإجتماعية	أعزب	المتوسط الحسابي	3.65	3.72	3.92	3.58	2.62	3.09
		الإنحراف المعياري	0.62	0.78	0.92	0.72	0.82	0.73
	متزوج	المتوسط الحسابي	3.31	3.42	3.72	3.31	2.44	3.23
		الإنحراف المعياري	0.82	0.76	0.84	0.76	0.83	0.85
	أرمل أو مطلق	المتوسط الحسابي	2.37	2.61	3.06	2.88	1.90	3.16
		الإنحراف المعياري	0.80	1.04	0.79	0.70	0.79	0.68
مدة الإصابة بالمرض	من سنتين فأقل	المتوسط الحسابي	3.81	3.84	3.95	3.74	2.84	3.19
		الإنحراف المعياري	0.57	0.59	0.89	0.60	0.83	0.80
	من 2.01 وحتى 6 سنوات	المتوسط الحسابي	3.26	3.47	3.70	3.22	2.33	3.32
		الإنحراف المعياري	0.73	0.70	0.87	0.68	0.66	0.78
	أكثر من 6 سنوات	المتوسط الحسابي	2.60	2.70	3.33	2.91	1.93	2.93
		الإنحراف المعياري	0.85	0.99	0.81	0.84	0.81	0.76

يلاحظ من الجدول (27)، وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لأبعاد إستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي ناتجة عن اختلاف مستويات المتغيرات؛ وبهدف التحقق من جوهرية الفروق الظاهرية؛ تم حساب معاملات الإرتباط بين أبعاد إستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي متبوعة بإجراء اختبار (Bartlett) للكروية

وفقاً للمتغيرات لتحديد أنسب تحليل تباين (تحليل تباين ثلاثي متعدد، أم تحليل تباين ثلاثي) توجب استخدامه، وذلك كما في الجدول (28).

جدول (28)

نتائج اختبار Bartlett للكروية لأبعاد إستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي وفقاً للمتغيرات.

العلاقة وفقاً للمتغيرات	حل المشكلات والتكيف الإيجابي	الدعم الإجتماعي	المواجهة	التفريغ العاطفي	الاسترخاء والترفيه
الدعم الإجتماعي	**0.58**				
المواجهة	**0.35**	**0.31**			
التفريغ العاطفي	**0.50**	**0.52**	**0.51**		
الاسترخاء والترفيه	**0.41**	**0.45**	0.22	**0.46**	
البعد الديني	0.07	**0.15**	0.09	0.01	0.00
اختبار Bartlett للكروية	**نسبة الأرجحية العظمى**	**$كا^2$ التقريبية**		**درجة الحرية**	**الدلالة الإحصائية**
	0.000	**215.319**		20	0.000

يتبين من الجدول (28)، وجود علاقة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين أبعاد إستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي تعزى للمتغيرات؛ مما استوجب استخدام تحليل التباين الثلاثي المتعدد (دون تفاعل) لأبعاد إستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي مجتمعة وفقاً للمتغيرات، وذلك كما في الجدول (29).

جدول (29)

نتائج تحليل التباين الثلاثي المتعدد (دون تفاعل) لأبعاد إستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي مجتمعة وفقاً للمتغيرات.

الأثر	نوع الاختبار المتعدد	قيمة الاختبار المتعدد	قيمة ف المحسوبة	درجة حرية الفرضية	درجة حرية الخطأ	الدلالة الإحصائية
الجنس	Hotelling's Trace	0.195	**4.289**	6	132	0.001
الحالة الإجتماعية	Wilks' Lambda	0.833	**2.104**	12	264	0.017
مدة الإصابة بالمرض	Wilks' Lambda	0.652	**5.242**	12	264	0.000

يتبين من الجدول (30)، وجود أثر دال إحصائياً لمتغيرات (الجنس، الحالة الإجتماعية، مدة الإصابة بالمرض) عند مستوى الدلالة (α=0.05) على أبعاد إستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي مجتمعة؛ ولتحديد على أيٍّ من أبعاد إستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي كان أثرُ متغيرات (الجنس، الحالة الإجتماعية، مدة الإصابة بالمرض)؛ فقد تم إجراء تحليل التباين الثلاثي (دون تفاعل) لأبعاد إستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي كلٌ على حدةٍ وفقاً للمتغيرات، وذلك كما في الجدول (30).

جدول (30)

نتائج تحليل التباين الثلاثي (دون تفاعل) لأبعاد إستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي كلٍّ على حدةٍ وفقاً للمتغيرات.

مصدر التباين	المتغير التابع	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الجنس	حل المشكلات والتكيف الإيجابي	0.533	1	0.533	1.247	0.266
	الدعم الإجتماعي	1.080	1	1.080	2.125	0.147
	المواجهة	6.735	1	6.735	**9.959**	0.002
	التفريغ العاطفي	0.708	1	0.708	1.523	0.219
	الاسترخاء والترفيه	0.155	1	0.155	0.263	0.609
	البعد الديني	0.157	1	0.157	0.255	0.614
الحالة الإجتماعية	حل المشكلات والتكيف الإيجابي	9.092	2	4.546	**10.635**	0.000
	الدعم الإجتماعي	5.508	2	2.754	**5.418**	0.005
	المواجهة	4.532	2	2.266	**3.351**	0.038
	التفريغ العاطفي	2.629	2	1.315	2.828	0.063
	الاسترخاء والترفيه	2.188	2	1.094	1.861	0.160
	البعد الديني	1.273	2	0.636	1.031	0.359
مدى الإصابة بالمرض	حل المشكلات والتكيف الإيجابي	21.301	2	10.650	**24.917**	0.000
	الدعم الإجتماعي	19.038	2	9.519	**18.727**	0.000
	المواجهة	5.025	2	2.513	**3.716**	0.027
	التفريغ العاطفي	12.008	2	6.004	**12.914**	0.000
	الاسترخاء والترفيه	14.972	2	7.486	**12.732**	0.000
	البعد الديني	3.897	2	1.949	**3.157**	0.046
الخطأ	حل المشكلات والتكيف الإيجابي	58.558	137	0.427		
	الدعم الإجتماعي	69.637	137	0.508		
	المواجهة	92.640	137	0.676		
	التفريغ العاطفي	63.694	137	0.465		
	الاسترخاء والترفيه	80.550	137	0.588		
	البعد الديني	84.554	137	0.617		

الكلي	حل المشكلات والتكيف الإيجابي	100.221	142
	الدعم الإجتماعي	104.369	142
	المواجهة	112.880	142
	التفريغ العاطفي	83.051	142
	الاسترخاء والترفيه	101.950	142
	البعد الديني	89.177	142

يتبين من الجدول (30) وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين المتوسطين الحسابيين لبعد إستراتيجيات التعامل المواجهة لدى مرضى التصلب اللوَّيحي يعزى لمتغير (الجنس)؛ لصالح الإناث مقارنة بالذكور.

كما يتبين من الجدول (30)، وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين المتوسطات الحسابية لأبعاد إستراتيجيات التعامل (حل المشكلات والتكيف الإيجابي، الدعم الإجتماعي، المواجهة، التفريغ العاطفي، الاسترخاء والترفيه، البعد الديني) لدى مرضى التصلب اللويحي تعزى للمتغيرين (الحالة الإجتماعية، مدة الإصابة بالمرض)؛ ولكون المتغيرين متعددي المستويات؛ فقد تم إجراء اختبار (Levene) للتحقق من انتهاك تجانس التباين لأبعاد إستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي وفقاً للمتغيرين، وذلك كما هو مبين في الجدول (31).

جدول (31)

نتائج اختبار Levene لانتهاك تجانس التباين لأبعاد إستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي وفقاً للمتغيرين (الحالة الإجتماعية، مدة الاصابة بالمرض).

المتغير التابع	قيمة ف المحسوبة	درجة حرية البسط	درجة حرية المقام	الدلالة الإحصائية
حل المشكلات والتكيف الإيجابي	1.342	16	126	0.183
الدعم الإجتماعي	**2.442**	16	126	0.003
المواجهة	0.451	16	126	0.965
التفريغ العاطفي	0.826	16	126	0.654
الاسترخاء والترفيه	1.280	16	126	0.220
البعد الديني	0.522	16	126	0.932

يتضح من الجدول (31)، وجود انتهاك لتجانس التباين عند مستوى الدلالة (α=0.05) لبعد إستراتيجيات التعامل (الدعم الإجتماعي) لدى مرضى التصلب اللويحي وفقاً للمتغيرين؛ بما يفيد ضرورة إجراء اختبار (Games-Howell) للمقارنات البعدية المتعددة للكشف عن جوهرية الفروق بين المتوسطات الحسابية لبعد إستراتيجيات التعامل (الدعم الإجتماعي) لدى مرضى التصلب اللويحي وفقاً للمتغيرين، وكذلك يتضح من الجدول (31)، عدم وجود انتهاك لتجانس التباين عند مستوى الدلالة (α=0.05) لأبعاد إستراتيجيات التعامل (حل المشكلات والتكيف الإيجابي، المواجهة، التفريغ العاطفي، الاسترخاء والترفيه، البعد الديني) لدى مرضى التصلب اللويحي وفقاً للمتغيرين؛ بما يفيد ضرورة إجراء اختبار (Scheffe) للمقارنات البعدية المتعددة للكشف عن جوهرية الفروق بين المتوسطات الحسابية لأبعاد إستراتيجيات التعامل (حل المشكلات والتكيف الإيجابي، المواجهة، التفريغ العاطفي، الاسترخاء والترفيه، البعد الديني) لدى مرضى التصلب اللويحي، وذلك كما في الجدولين (32، 33).

جدول (32)

نتائج اختباري Games-Howell وScheffe للمقارنات البعدية المتعددة لأبعاد إستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي وفقاً لمتغير (الحالة الإجتماعية).

	الحالة الإجتماعية		أرمل أو مطلق	متزوج	أعزب
حل المشكلات والتكيف الإيجابي	Scheffe	**المتوسط الحسابي**	2.37	3.31	3.65
	أرمل أو مطلق	2.37			
	متزوج	3.31	**0.95**		
	أعزب	3.65	**1.29**	0.34	
الدعم الإجتماعي	**الحالة الإجتماعية**		أرمل أو مطلق	متزوج	أعزب
	Games-Howell	**المتوسط الحسابي**	2.61	3.42	3.72
	أرمل أو مطلق	2.61			
	متزوج	3.42	**0.81**		
	أعزب	3.72	**1.11**	0.30	
الإنسحاب والتجنب	**الحالة الإجتماعية**		أرمل أو مطلق	متزوج	أعزب
	Scheffe	**المتوسط الحسابي**	3.06	3.72	3.92
	أرمل أو مطلق	3.06			
	متزوج	3.72	**0.66**		
	أعزب	3.92	**0.86**	0.20	

يتضح من الجدول (32)، وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة α=0.05 بين المتوسطين الحسابيين لأبعاد إستراتيجيات التعامل (حل المشكلات والتكيف الإيجابي، الدعم

الإجتماعي، المواجهة لدى مرضى التصلب اللويحي يعزى لمتغير (الحالة الإجتماعية)؛ لصالح غير المتزوجين (الأعزب)، مقارنة بالأرامل أو المطلقين، ثم لصالح المتزوجين، مقارنة بالأرامل أو المطلقين.

جدول (33)

نتائج اختباري Games-Howell وScheffe للمقارنات البعدية المتعددة لأبعاد إستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي وفقاً لمتغير (مدة الإصابة بالمرض).

البعد	مدة الإصابة بالمرض		أكثر من 6 سنوات	من 2.01 وحتى 6 سنوات	من سنتين فأقل
حل المشكلات والتكيف الإيجابي	Scheffe	**المتوسط الحسابي**	2.60	3.26	3.81
	أكثر من 6 سنوات	2.60			
	من 2.01 وحتى 6 سنوات	3.26	**0.66**		
	من سنتين فأقل	3.81	**1.21**	**0.55**	
الدعم الإجتماعي	**مدة الإصابة بالمرض**		أكثر من 6 سنوات	من 2.01 وحتى 6 سنوات	من سنتين فأقل
	Games-Howell	المتوسط الحسابي	2.70	3.47	3.84
	أكثر من 6 سنوات	2.70			
	من 2.01 وحتى 6 سنوات	3.47	**0.77**		
	من سنتين فأقل	3.84	**1.14**	**0.37**	
المواجهة	**مدة الإصابة بالمرض**		أكثر من 6 سنوات	من 2.01 وحتى 6 سنوات	من سنتين فأقل
	Scheffe	**المتوسط الحسابي**	3.33	3.70	3.95
	أكثر من 6 سنوات	3.33			
	من 2.01 وحتى 6 سنوات	3.70	**0.37**		
	من سنتين فأقل	3.95	**0.62**	**0.25**	
التفريغ العاطفي	**مدة الإصابة بالمرض**		أكثر من 6 سنوات	من 2.01 وحتى 6 سنوات	من سنتين فأقل
	Scheffe	**المتوسط الحسابي**	2.91	3.22	3.74
	أكثر من 6 سنوات	2.91			
	من 2.01 وحتى 6 سنوات	3.22	**0.31**		
	من سنتين فأقل	3.74	**0.83**	**0.52**	
الاسترخاء والترفيه	**مدة الإصابة بالمرض**		أكثر من 6 سنوات	من 2.01 وحتى 6 سنوات	من سنتين فأقل
	Scheffe	**المتوسط الحسابي**	1.93	2.33	2.84
	أكثر من 6 سنوات	1.93			
	من 2.01 وحتى 6 سنوات	2.33	**0.40**		
	من سنتين فأقل	2.84	**0.91**	**0.52**	
البعد الديني	**مدة الإصابة بالمرض**		أكثر من 6 سنوات	من سنتين فأقل	من 2.01 وحتى 6 سنوات
	Scheffe	المتوسط الحسابي	2.93	3.19	3.32
	أكثر من 6 سنوات	2.93			
	من سنتين فأقل	3.19	0.26		
	من 2.01 وحتى 6 سنوات	3.32	**0.39**	0.13	

يتضح من الجدول (33)، وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين المتوسطين الحسابيين لأبعاد إستراتيجيات التعامل (حل المشكلات والتكيف الإيجابي، الدعم الإجتماعي، المواجهة، التفريغ العاطفي، الاسترخاء والترفيه) لدى مرضى التصلب اللويحي يعزى لمتغير (مدة الإصابة بالمرض)؛ لصالح من مدة إصابتهم بالمرض سنتين فأقل، مقارنة بكلٍّ من كانت مدة إصابتهم بالمرض (أكثر من 6 سنوات، ثم من 2.01 وحتى 6 سنوات)، ثم لصالح من مدة إصابتهم بالمرض من 2.01 وحتى 6 سنوات مقارنة بمن كانت مدة إصابتهم بالمرض أكثر من 6 سنوات. كما يتضح من الجدول (33)، وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين المتوسطين الحسابيين لبعد إستراتيجيات التعامل (البعد الديني) لدى مرضى التصلب اللويحي يعزى لمتغير (مدة الإصابة بالمرض)؛ لصالح من مدة إصابتهم بالمرض من 2.01 وحتى 6 سنوات مقارنة بمن كانت مدة إصابتهم بالمرض أكثر من 6 سنوات.

خامساً. للإجابة عن سؤال الدراسة الخامس الذي نصَّ على: "**هل توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين نوعية الحياة وإستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد؟**"؛ فقد تم حساب معاملات إرتباط بيرسون بين نوعية الحياة وأبعادها من جهة، وبين إستراتيجيات التعامل وأبعادها من جهة أخرى، لدى مرضى التصلب اللويحي، وذلك كما في الجدول (34).

جدول (34)

قيم معاملات الإرتباط بين نوعية الحياة وأبعادها من جهة وبين إستراتيجيات التعامل وأبعادها من جهة أخرى لدى مرضى التصلب اللويحي.

العلاقة بين:	الإحصائي	حل المشكلات والتكيف الإيجابي	الدعم الإجتماعي	المواجهة	التفريغ العاطفي	الاسترخاء والترفيه	البعد الديني	إستراتيجيات التعامل
الصحة الجسمية	معامل الإرتباط	**0.77**	**0.77**	**0.45**	**0.68**	**0.68**	0.11	**0.83**
	الدلالة الإحصائية	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.198	0.000
الصحة النفسية	معامل الإرتباط	**0.70**	**0.79**	**0.44**	**0.65**	**0.64**	0.15	**0.80**
	الدلالة الإحصائية	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.073	0.000
العلاقات الإجتماعية	معامل الإرتباط	**0.65**	**0.71**	**0.44**	**0.62**	**0.57**	0.07	**0.73**
	الدلالة الإحصائية	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.426	0.000
البيئة	معامل الإرتباط	**0.71**	**0.76**	**0.50**	**0.73**	**0.63**	0.13	**0.83**
	الدلالة الإحصائية	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.113	0.000
نوعية الحياة	معامل الإرتباط	**0.77**	**0.83**	**0.49**	**0.73**	**0.69**	0.13	**0.87**
	الدلالة الإحصائية	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.114	0.000

يلاحظ من الجدول (34)، أن كافة العلاقات بين نوعية الحياة وأبعادها من جهة، وإستراتيجيات التعامل وأبعادها من جهة أخرى لدى مرضى التصلب اللويحي، قد كانت طردية (موجبة الإتجاه، حيث صُنِّفت قوة العلاقات وفقاً لمعيار (Hinkle, Wiersma, Jurs; 1988) على أنها:

أ. علاقات ضعيفة جداً: إذ يبلغ عددها خمس علاقات إرتباطية من أصل خمس وثلاثين علاقة، وبغير دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين نوعية الحياة وأبعادها من جهة وبين البعد الديني لإستراتيجيات التعامل من جهة أخرى لدى مرضى التصلب اللويحي.

ب. علاقات ضعيفة: إذ يبلغ عددها أربع علاقات إرتباطية من أصل خمس وثلاثين علاقة، وبدلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين نوعية الحياة وأبعادها (الصحة الجسمية، الصحة النفسية، العلاقات الإجتماعية) من جهة، وبعد إستراتيجيات التعامل المواجهة من جهة أخرى لدى مرضى التصلب اللويحي.

ج. علاقات متوسطة: حيث يبلغ عددها عشر علاقات إرتباطية من أصل خمس وثلاثين علاقة وبدلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) وذلك على النحو الآتي: أ) بين نوعية الحياة وأبعادها من جهة، وبعد إستراتيجيات التعامل (الاسترخاء والترفيه) من جهة أخرى، لدى مرضى التصلب اللويحي، ب) بين نوعية الحياة وأبعادها (الصحة الجسمية، الصحة النفسية، العلاقات الإجتماعية) من جهة، وبعد إستراتيجيات التعامل (التفريغ العاطفي) من جهة أخرى لدى مرضى التصلب اللويحي، ج) بين بعد نوعية الحياة (البيئة) من جهة، وبعد إستراتيجيات التعامل المواجهة من جهة أخرى لدى مرضى التصلب اللويحي، د) بين بعد نوعية الحياة (العلاقات الإجتماعية) من جهة وبين بعد إستراتيجيات التعامل (حل المشكلات والتكيف الإيجابي) من جهة أخرى لدى مرضى التصلب اللويحي

د. علاقات قوية: إذ يبلغ عددها ست عشرة علاقة إرتباطية من أصل خمس وثلاثين علاقة وبدلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) وذلك على النحو الآتي: أ) بين نوعية الحياة وأبعادها من جهة، وإستراتيجيات التعامل وبعدها (الدعم الإجتماعي) من جهة أخرى لدى مرضى التصلب اللويحي، ب) بين نوعية الحياة وأبعادها (الصحة الجسمية، الصحة النفسية، البيئة) من جهة، وبعد إستراتيجيات التعامل (حل المشكلات والتكيف الإيجابي) من جهة أخرى لدى مرضى التصلب اللويحي، ج) بين نوعية الحياة وبعدها (البيئة) من جهة، وبعد إستراتيجيات التعامل (التفريغ العاطفي) من جهة أخرى لدى مرضى التصلب اللويحي.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج

يتناول هذا الفصل مناقشة النتائج التي توصلت إليها الدراسة في ضوء ما تم طرحه من أسئلة، بالإضافة إلى التوصيات التي جاءت في ضوء هذه النتائج:

أوّلاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: ما مستوى نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللوَّيحي المتعدد؟"

أظهرت النتائج المتعلقة بهذا السؤال أن نوعية الحياة وأبعادها لدى مرضى التصلب اللوَّيحي المتعدد قد كانت (متوسطة) ، حيث جاءت أبعاد نوعية الحياة لديهم وفقاً للترتيب التالي: بعد العلاقات الإجتماعية في المرتبة الأولى، تلاه بعد البيئة في المرتبة الثانية، ثم بعد الصحة الجسمية في المرتبة الثالثة، وأخيراً؛ بعد الصحة النفسية في المرتبة الرابعة.

يعزو الباحث هذه النتيجة, في حصول بعد العلاقات الاجتماعية على المرتبة الأولى أن الفرد لا يستطيع العيش بمفرده، فهو بحاجة إلى أن يتفاعل مع المجتمع ومع الأخرين من حوله حتى يتمكن من ممارسة أعماله وأنشطته اليومية بشكل طبيعي؛ ومن وجهة نظر الباحث هذه النتيجة متوقعة, لأن الفرد المصاب بمثل هذه الأمراض المزمنة والخطيرة يحتاج إلى الرعاية والاهتمام وخصوصاً من الاشخاص المحيطين به كأسرته والأصدقاء المقربين له.

وما يؤكد ذلك حصول الفقرة (15) على درجة (مرتفعة) والتي تنص "أشعر بالرضا عن علاقاتي مع الآخرين" حيث يرى الباحث ان الدعم والرعاية الذي يتلاقاه المريض من أسرته ومن الاشخاص المحيطين به تلعب دوراً هاماً في تحقيق الاستقرار النفسي والاجتماعي للمريض,

ويرى الباحث ايضاً ان هذه العلاقات تساعد المريض في التغلب على الضغوطات الإجتماعية التـي تنـتج عـن ظـروف مرضـه ومشـكلاته ومصـاعب الحيـاة, وبالتـالي تسـاهم هـذا النـوع مـن العلاقات بشكل أيجابي في تحسين نوعية حياة المريض.

وقد حصلت الفقرة (17) على درجة (متوسطة) والتي تنص " أشعر بالرضا عن نوعية حياتي"، حيث يرى الباحث أن الأعراض المرضية لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد والمشار اليها سابقاً, لها أثر سلبي على مختلف جوانب حياة المرضى سواء كانت المادية أو النفسية أو الاجتماعية وغيرها, وبالتالي من الطبيعي أن تتأثر درجة الرضا عن الحياة لدى هذه الفئة من المرضى.

وفيما يتعلق ببعد البيئة فقد كان في المرتبة الثانية ضمن درجة نوعية حياة متوسطة؛ ومن وجهة نظر الباحث أن البيئة المحيطة بمريض التصلب اللويحي المتعدد تتقبل صورة المريض ولا تنظر إليه نظرة الشفقة أو نظرة تشعره بالنقص عن الآخرين، بالاضافة إلى أن المجتمع الأردني معروف بأخلاقه الحميدة وتعامله الأيجابي اتجاه المرضى الذي أمرنا به ديننا الحنيف كما في الحديث النبوي الشريف "مثل المؤمنين في توادهم وتراحمهم وتعاطفهم مثل الجسد إذا اشتكى منه عضواً تداعى له سائر الجسد بالسهر والحمى"، غير ذلك أن مجتمعنا يقدم المساعدات الإنسانية والمادية للأشخاص العاديين فما بال هؤلاء المرضى والمصابين بمرض التصلب اللويحي المتعدد المعروف بتأثيره السلبي على المدى البعيد على كافة أجهزة الجسم.

ويعزو الباحث نتيجة حصول الفقرة (21) على درجة (مرتفعة) والتي تنص"تتوفر المعلومات الضرورية التي أحتاج إليها في حياتي اليومية" إلى وجود شبكة الانترنت ووسائل

الاعلام المختلفة وشبكات التواصل الاجتماعي وانتشار برامج الخدمات الاستشارية المنتشرة على شبكة الانترنت، حيث تتيح للمريض فرصة كبيرة للاجابة على اي سؤال أو استفسار في ما يخص المرض وكيفية التعامل معه في كافة مجالات الحياة.

وقد حصلت الفقرة (24) على درجة (متوسطة) والتي تنص " أشعر بالرضا عن توافر الخدمات الصحية" إلى أن مريض التصلب اللويحي المتعدد من الطبيعي انه لا يشعر بالرضا عن توافر الخدمات الصحية لأن مرض التصلب اللويحي المتعدد ليس من الأمراض الشائعة المنتشرة بنسبة كبيرة في مجتمعنا كمرض السكري أو ضغط الدم، لذلك لاتوجد تلك الخدمات الصحية المنتشرة في كافة نواحي المملكة، بل تقتصر هذه الخدمات على عدد محدود من المستشفيات المركزية في المدن الرئيسية من المملكة، ويفسر الباحث هذه النتيجة ايضاً بالنقص الحاد للكوادر المؤهلة التي تتعامل مع هذه الفئة من المرضى، حيث انه يوجد عدد محدود جداً من الأطباء المختصين بهذه الفئة من المرضى، يعزو الباحث هذه النتيجة ايضاً إلى التكلفة المرتفعة لعلاج هؤلاء المرضى.

أما بالنسبة لحصول البعد الجسمي على المرتبة الثانية وبدرجة متوسطة على جميع فقراته، حيث أن الباحث يفسر هذه النتيجة في أن تأثير المرض على الصحة الجسدية من أعراض بصرية كضبابية الرؤية، والأعراض الحركية كفقدان القوة في عضلات اليدين واضطراب الذاكرة وتقلبات المزاج، حيث أن جميع هذه الأعراض بدرجة شدتها لها الأثر في التحكم بنوعية حياة المريض كالقيام بالواجبات اليومية والتنقل من مكان إلى آخر والقدرة على العمل، حيث يرى الباحث أن ظهور عرض واحد من تلك الأعراض قد يعيق المريض عن القيام بالواجبات اليومية، وبالتالي يؤثر تأثيراً مباشرة على نوعية حياة المريض وهذا ما يؤكد على ماجاء في الفقرتين

(3،5) والتي تنص على " لدي القدرة على التنقل من مكان إلى آخر"، " لدي القدرة على القيام بواجباتي اليومية".

أما بالنسبة لبعد الصحة النفسية يرى الباحث أن الصحة النفسية حالة تشير إلى اكتمال الجوانب البدنية والنفسية والاجتماعية؛ لذا فهي تتأثر بشكل واضح بالمرض، حيث من الطبيعي وجود درجة (متوسطة) من الانزعاج لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد كما في حال عدم القدرة على التركيز العقلي على الأداء والاستمتاع بالحياة والرضا عن الحالة الصحية أو وجود شعور بالحزن والضيق، ويفسر الباحث حصول الفقرة (14) على درجة (متدنية) التي تنص على"أشعر بالرضا عن حالتي الصحية" بسبب التأثير السلبي الذي يتركه المرض، الذي لا يتيح مجالاً لوجود شعور بالرضا عن الحالة الصحية فمريض التصلب اللويحي المتعدد على سبيل المثال يمر بحالة من أضطراب الذاكرة وضعف التآزر الحركي حيث يرى الباحث أن هذين العرضين كفيلان بوجود شعور عدم الرضا عن الحالة الصحية مقارنةً بتلك الأعراض الأخرى المتبقية التي تنتج عن الإصابة بالمرض.

واختلفت هذه النتيجة مع دراسة مكابي (McCabe, 2006).التي أشارت نتائجها أن الأشخاص المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد يعانون من نوعية حياة منخفضة، مقارنة بالأشخاص غير المصابين، واختلفت هذه النتيجة أيضاً مع دراسة مكابي وستوكس ومكدونالد (McCabe, Stokes, & Mcdonald, 2009) التي أشارت إلى أن الأشخاص الذين يعانون من مرض التصلب اللويحي لديهم نوعية حياة متدنية مقارنة بالأشخاص غير المصابين،

ثانياً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: "هل توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين متوسطات نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللوَّيحي المتعدد تعزى لمتغيرات (الجنس، الحالة الإجتماعية، مدة الإصابة بالمرض)؟"

أظهرت النتائج المتعلقة بهذا السؤال عدم وجود أثر دال إحصائياً لمتغير (الجنس) ووجود أثر دال إحصائياً لمتغيري (الحالة الإجتماعية، ومدة الإصابة بالمرض) عند مستوى الدلالة (α=0.05) على أبعاد نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي مجتمعة.

يفسر الباحث النتيجة المتعلقة بعدم وجود أثر لمتغير الجنس لكلا الجنسين الذكور والإناث على نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي؛ حيث يرى الباحث أن أثر الأعراض المرضية الناتجة عن المرض لا تختلف حسب الجنس، حيث أن شدة الأعراض ومداها لا تختلف سواء كانت أنثى أو ذكر فعلى سبيل المثال تقلبات المزاج تصيب الجنسين بجميع تقلباتها ولا يوجد تقلبات مزاج خاصة بالذكور أو الأناث أو أن الذكور أكثر تقلباً من الإناث والعكس صحيح، وهذا ما ينطبق على جميع الأعراض المرضية لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد لكلا الجنسين.

وأظهرت النتائج وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين المتوسطين الحسابيين لنوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي يعزى لمتغير (الحالة الإجتماعية)؛ لصالح غير المتزوجين مقارنة بكلٍّ من (الأرامل أو المطلقين ثم المتزوجين).

ويفسر الباحث هذه النتيجة في ضوء أن من الطبيعي وجود فرق في نوعية الحياة ومتطلباتها وحاجاتها لدى المتزوجين عن غير المتزوجين؛ ويفسر الباحث هذه النتيجة إلى أن طبيعة التحديات والضغوط الناجمة عن المرض التي تواجه المتزوجين أعلى من غيرهم إذ أنها

مرتبطة بالحياة الزوجية ومتطلباتها المختلفة كمدى اشباع الحاجات الجنسية لكلا الطرفين وكذلك مرتبطة بالأبناء، مما يسهم في الضغط النفسي لديهم بشكل أكبر وشعورهم بالتوتر، ولا يتوقف الأمر عند هذا الحد بل إن للمرض مزيداً من الاسهامات بعيداً عن العلاقات الزوجية في مختلف النواحي الطبية والنفسية والأحداث اليومية الاعتيادية، كما يفسر الباحث هذه النتيجة إلى الاعتقاد السائد في الكثير من المجتمعات أن المرض له تأثير بالغ على استقرار الحياة الزوجية.

كما يفسر الباحث هذه النتيجة إلى نظرة المجتمع للمطلق والأرمل لكلا الجنسين والتي تؤثر على نظرتهم للحياة وتخطيطهم للمستقبل، حيث أنه غالباً ما تكون النظرة سلبية نحو المستقبل، هذا بدون وجود المرض فكيف بوجود المرض وهو ليس أي مرض كالأمراض الأخرى أنه مرض التصلب اللويحي المتعدد المصنف ضمن الأمراض المزمنة، ويرى الباحث إن الأفراد الغير متزوجين (الأعزب) لديهم خطط للمستقبل وأمل في تحقيق المزيد من هذه المخططات، غير ذلك أن المرضى الغير متزوجين يطمحون لبناء أسرة وتكوين علاقات زوجية يسودها الأمان والطمأنينة وهذا يؤثر عليهم، وأن يكون لديهم أبناء وأن يعيشوا مشاعر الأمومة ومشاعر الأبوة.

وكذلك أظهرت النتائج وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين المتوسطين الحسابيين لنوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي يعزى لمتغير (مدة الإصابة بالمرض)؛ لصالح من مدة إصابتهم بالمرض سنتين فأقل، مقارنة بكلٍّ من كانت مدة إصابتهم بالمرض (أكثر من 6 سنوات، ثم من (2.01 – 6 سنوات)، ثم لصالح من مدة إصابتهم بالمرض من (2.01 – 6 سنوات) مقارنة بمن كانت مدة إصابتهم بالمرض (أكثر من 6 سنوات).

جاءت هذه النتيجة متوقعة من وجهة نظر الباحث؛ لأن اكتشاف مثل هذا المرض ومعرفة نتائج هذا المرض المستقبلية والآثار المترتبة عليه على حياة المريض بأكملها وكافة جوانبها لها ذلك الأثر على نوعية الحياة، لذا من الطبيعي ظهور مثل هذه النتيجة؛ ويفسر الباحث هذه النتيجة أن الإصابة بالمرض في بداياته كما في فئة (سنتين فأقل) تختلف مع مرور الوقت حيث أنه مع مرور الوقت يتقدم المرض ويتطور ويمتد لأجهزة الجسم المختلفة، فالأعراض في بداياتها تكون بسيطه لا تؤثر بتلك الدرجة على حياة المريض وعلاقاته وتفاعلاته الاجتماعية أي ان بشكل عام ليس لها هذا التأثير على نواحي حياة المريض كما في مراحله المتقدمة؛ كالمرضى المصابين بالمرض كما في فئة(6 سنوات فأكثر) فالمريض حديث التشخيص بالمرض(سنتين فأقل) يكون بحاجة للدعم بكافة أنواعه سواء المعنوي أو المادي وغيرها من أنواع الدعم، رغم ذلك الإ أن هذا الدعم بسيط مقارنةً بالدعم الذي سوف يحتاجه المريض في مراحل تطور المرض وتفاقمه (6 سنوات فأكثر) وخصوصاً في حالة وصول المريض إلى مرحلة العجز.

اتفقت هذه النتيجة مع دراسة تاديتش ودجاك (Tadic & Dajic, 2013) التي أشارت نتائجها إلى أن هناك دلالة إحصائية بين الصحة البدنية ومدة الإصابة المرض والمستوى التعليمي وعمر ابتداء المرض.

ثالثاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث: "ما أبرز إستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللوَّيحي المتعدد؟"؛

أظهرت النتائج المتعلقة بهذا السؤال أن مستوى إستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللوَّيحي المتعدد قد كان (متوسطاً) ، حيث جاءت أبعاد إستراتيجيات التعامل لديهم وفقاً للترتيب

التالي: بعد المواجهة في المرتبة الأولى، تلاه بعد الدعم الإجتماعي في المرتبة الثانية، ثم بعد التفريغ العاطفي في المرتبة الثالثة، تلاه بعد حل المشكلات والتكيف الإيجابي في المرتبة الرابعة، ثم البعد الديني في المرتبة الخامسة، وأخيراً؛ جاء بعد الإسترخاء والترفيه في المرتبة السادسة.

يفسر الباحث هذه النتيجة إلى أن إستراتيجيات التعامل تعنى بمجموعة من الأساليب السلوكية والمعرفية التي يستخدمها المريض للتعامل مع المواقف الضاغطة والأحداث، كما يفسر الباحث هذه النتيجة إلى أن الفرد يلجأ في حالة المرض التهرب وعدم مواجهة المرض لعدم توافر الإمكانات والقدرات اللازمة لمواجهة المواقف، كنتيجة للضعف النفسي الذي يصاب به الفرد أثناء مرضه.

كما يفسر الباحث هذه النتيجة إلى أن المريض يميل في العادة إلى الحصول على المساعده والدعم والحماية، من خلال شبكة العلاقات الإجتماعية كمصدر من مصادر القوة الذاتية من خلال تعاطف الأسرة والأصدقاء معه. ويرى الباحث إلى الاصابة بالمرض تجعل المريض يصاب بحالة من التوتر العصبي والنفسي التي من شانها أن تقلل من قدرته على الوصول إلى حالة من الهدوء والراحة من خلال خفض نشاط الجهاز العصبي الذاتي.

ويفسر الباحث حصول بعد المواجهة على المرتبة الاولى ضمن مستوى (مرتفع) ان المرضى يحاولون التكيف والتأقلم مع المرض من خلال استخدام الأساليب والاستراتيجيات المتاحة لديهم، فمن المعروف الطبيعة البشرية تحب الحياة فهي تحاول أن تتمسك بأي أسلوب يساعدهم على التكيف مع أحداث الحياة الضاغطة. ويفسر الباحث ذلك في حصول الفقرة (28) على درجة (متوسطة) والتي تنص على " الجأ إلى النوم حتى لا أفكر بمرضي"، حيث أن النوم

أسلوب للتهرب بشكل مؤقت من التفكير بالمرض، حيث يكون النوم بالنسبة للمريض وسيلة تبعده عن الأفكار ذات الضجيج العالي المؤلمة عن مرضه وبنفس الوقت هي أفكار سلبية، فيرى الباحث أن الأعراض المرضية لهذا المرض هي التي تفرض هذا النوع من الأساليب.

ويفسر الباحث حصول الفقرة (32) التي تنص على "ألجأ للكذب كوسيلة للتهرب من حالتي المرضية" على درجة مرتفعة أن الكذب وسيلة فعالة للهروب من مرضهم أكثر من وسيلة النوم ، فهم باعتقادهم يمكن من خلال الكذب نسيان أو تجاهل أن لديهم مرض التصلب اللويحي أمام الآخرين.

ويفسر الباحث حصول بعد الدعم الاجتماعي على المرتبة الثانية في ان الدعم استراتيجية فعالة للتعامل مع المرض وتقبله من جميع النواحي وخاصة الناحية الاجتماعية فالاهتمام والرعاية والدعم والحب المقدم من الاسرة والاشخاص المحيطين بالمريض حيث يرى الباحث ان ذلك يساعد المريض على تجاوز وتقبل محنة المرض وهذا ما يؤكد ما جاء في الفقرة (27) وحصوله على درجة (مرتفعة) " تمنحني اسرتي الرعاية والاهتمام الكافي".

ويفسر الباحث حصول استراتيجية التفريغ العاطفي على المرتبة الثالثة، حيث ان هذه الاستراتيجية تساعد المريض على التخلص من المشاعر والافكار السلبية وفي ضوء هذه النتيجة يفسر الباحث حصول الفقرة (30) على درجة (مرتفعة) والتي تنص" عندما أفكر بمرضي أحطم كل ما هو امامي" حيث يرى الباحث ان هؤلاء المرضى يشعرون بالراحة النفسية عند تحطيم وتكسير الاشياء الموجودة أمامهم بالتالي يتخلصون من المشاعر والأفكار السلبية السائدة في تلك اللحظة .

يفسر الباحث حصول إستراتيجية حل المشكلات والتكيف الايجابي على المرتبة الرابعة أن الفرد رغم معاناته المرضية لديه القدرة على التعامل مع حالته المرضية بفاعلية والتفكير بشكل أيجابي، والنظر إلى مرضه نظرة شموليه، وقد يعزو الباحث هذه القدرة والنظرة إلى معتقدات الفرد وإتجاهاته الأيجابية المكونه لديه عن مرضه، حيث يرى الباحث أنه من خلال هذه القدرة يستطيع الفرد حل المشكلات ومواجهة الضغوطات التي قد يتعرض لها نتيجة مرضه.

في ضوء ذلك يفسر الباحث حصول الفقرة رقم (1) على درجة (مرتفعة) والتي تنص " أعالج مشكلاتي المرضية عند ظهورها دون تأجيل" ومن الممكن تفسير هذه النتيجة الى وعي المريض بمشكلته المرضية حيث أنه يعمل على التكيف والتأقلم مع مرضه من خلال تقبله ومتابعة علاج الأعراض المرضية المتفاقمة حال ظهورها دون تأجيل منه وبالتالي يتلاشى تدهور الحالة المرضية لديه، وفيما يخص حصول الفقرة (26) على درجة (متوسطة) والتي تنص " أحدث نفسي بطريقة إيجابية عن مرضي" حيث يرى الباحث أن المرضى رغم معاناتهم المرضية لديهم أمل بالعيش بصحة جسدية ونفسية، وبالتالي نتيجة هذا الأمل يتمسكون بالحياة لتحقيق آمالهم وطموحاتهم، فيلجأون إلى أستخدام بعض الأساليب الفعالة كأسلوب الحديث الإيجابي مع الذات للتكيف مع مرضهم وممارسة حياتهم ضمن النظام الطبيعي المعتاد بالنسبة لهم.

عادةً ما يتبادر إلى أذهاننا أن البعد الديني يحتل المرتبة الأولى، لأن الأنسان حين يمر في محنة آليمة يلجأ ألى الله عز وجل لأنه ملاذه وسبيله إلى الخلاص من خلال التذرع والتوسل إليه والقيام بالطقوس الدينية؛ ولكن هذا على عكس ما جاءت به نتيجة هذه الدراسة. وقد يعزو الباحث هذه النتيجة لعدم اقتناع هؤلاء الأفراد بالدور الديني وأهميته بالنسبة لهم، وأن ما إصابهم

من مرض بإرادة الله تعالى وأنه قضاء وقدر، ويفسر الباحث هذه النتيجة ايضاً إلى ضعف الوازع الديني والروحي لهؤلاء اللأفراد.

ويفسر الباحث حصول استراتيجية الاسترخاء والترفيه على المرتبة الاخيرة حيث يرى الباحث ان هذه الاستراتيجية قد تكون غير فعاله وغير متاحة لهذه الفئة من المرضى حيث تكون ممارسة هواياتهم المفضلة محدودة نتيجة ما يسببه المرض من اعتلال عصبي والذي بدوره يحد من قدرات المريض من ممارسة هواياته المفضلة او القيام بالاعمال والانشطة التي تشعره بالاسترخاء وفيما يخص حصول الفقرة (21) على درجة (متدنية) التي تنص " افكر كيف كنت وكيف اصبحت بعد المرض" يفسر الباحث ان المريض قد لا يهمه بعد الإصابة بالمرض مقارنة نفسه قبل وبعد المرض مقارنة باهمية التزامه بالعلاج ومنع تطور وتفاقم المرض خلال فترة زمنية قصيرة مما يساعد المريض على الاستمتاع بالوقت الباقي له من الحياة دون مضاعفات المرض السريع.

وفيما يخص حصول الفقرة (9) على درجة (متوسطة) والتي تنص على" أرفه عن نفسي بممارسة هوايتي المفضلة" يفسر الباحث ان هؤلاء المرضى رغم معاناتهم المرضية التي تواجههم، ذلك لم يمنعهم من ممارسة هوايتهم المفضلة والتمتع بالأنشطة المفضلة والمتاحة لهم، ويرى الباحث أن قيام المرضى بمثل هذه الأنشطة والهوايات يساعدهم على تجاوز مشاعر عدم الراحة، والشعور بالرضى وعدم الإستسلام لمرضهم.

واختلفت هذه الدراسة مع دراسة جريتيا وآخرون (Goretti et al., 2010) التي أشارت نتائجها إلى أن مرضى التصلب اللويحي يميلون إلى استخدام إستراتيجيات التجنب والإعتماد

(الإستراتيجيات السلبية) بدرجة أقل من إستراتيجيات المواجهة واتخاذ الموقف الإيجابي، كما اختلفت مع دراسة بندتا وآخرون (Benedetta et al., 2010) التي أشارت نتائجها إلى أن مرضى التصلب اللويحي أقل استخداما لإستراتيجيات المواجهة.

رابعاً:مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع: "هل توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة(α=0.05) بين متوسطات إستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللوَّيحي ال المتعدد تعزى لمتغيرات (الجنس، الحالة الإجتماعية، مدى الإصابة بالمرض)

أظهرت النتائج عدم وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين المتوسطين الحسابيين لإستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللوَّيحي يعزى لمتغير (الجنس) على استراتيجيات التعامل بشكل عام فيما عدا وجود أثر على بعد المواجهة لصالح الإناث، وكذلك أظهرت النتائج ووجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين المتوسطات الحسابية لإستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللوَّيحي تعزى لمتغيري (الحالة الإجتماعية، مدة الإصابة بالمرض).

يفسر الباحث نتيجة عدم وجود أثر لمتغير الجنس على استراتيجيات التعامل بشكل عام؛ في ضوء أن المجتمعات الحالية ومن ضمنها المجتمع الأردني مجتمع واع ومدرك ومثقف لكلا الجنسين، حيث أصبح كلا الجنسين على درجة من الثقافة والمعرفة نتيجة التقدم العلمي بشتى مجالاته. وهذا قد يبدو من وجهة نظر الباحث أن هذه الدرجة من الثقافة والمعرفة، حيث يلجأ كلا الجنسين إلى استخدام استراتيجيات التعامل. ومن وجهة نظر الباحث هذا ما يخص استراتيجيات التعامل بشكل عام، وهذا على عكس ما أظهرته نتائج الدراسة الحالية أن الإناث

لديهن قدرة أكبر على المواجهة من الذكور. وفي ضوء هذه النتيجة يفسر الباحث حصول الفقرة (32) على درجة (مرتفعة) والتي تنص " الجأ إلى الكذب كوسيلة للتهرب من حالتي المرضية" أن الإناث قد يستخدمن وسيلة الكذب لمواجهة مرضهن وعدم تذكير أنفسهن أنهن مصابات بالمرض، كذلك قد تكون بالنسبة لهن أفضل وسيلة للتعايش مع المرض واقناع المحيطين بهم بأنهن بخير حتى لا ينظر الآخرون لهن نظرة شفقة كونها مريضة أو بحاجة إلى أحد وأنها لا تستطيع الاعتماد على نفسها.

يفسر الباحث حصول الفقرة (28) على درجة (متوسطة) والتي تنص " الجأ الى النوم حتى لا افكر بمرضي" ان الاناث يلجأن الى النوم كوسيلة فعالة للتهرب من التفكير بالمرض واعراضه والتفكير في مصير حياتهن الحالية والمستقبلية.

يفسر الباحث النتيجة المتعلقة بالحالة الاجتماعية حيث يرى الباحث ان المتزوجين لديهم مسؤولية كبيرة اتجاه الاسرة والأبناء ويواجهون ضغوطات عالية إلا أنهم لا يستخدمون استراتيجيات التعامل كالمرضى الغير متزوجين؛ فالمرضى غير المتزوجين رغم ان ليس لديهم تلك المسؤولية لتحملها فيلجأون إلى استراتيجيات التعامل كونهم يأملون بالمستقبل والحياة، وأن الحياة أمامهم لذلك يلجأون إلى تطوير أساليب تكيف فعالة لمعايشة حياتهم، غير ذلك ان المتزوجين لديهم دعم اسري يرفع من تكيفهم مع المرض والتقليل من استخدام استراتيجيات التعامل.

يفسر الباحث النتيجة المتعلقة بمدة الاصابة بالمرض إلى أن مرضى التصلب اللويحي المتعدد الذين اصابتهم بالمرض(سنتين فأقل) يلجأون إلى استراتيجيات التعامل بشكل اكبر لأن

في فترة اكتشاف المرض وحصول المريض على المعلومات الكافية للمرض التي مفهومها الالتزام بالعلاج والفحوصات الدورية في بداية المرض التي تقلل من فرصة تطور المرض بشكل سريع، لذلك يلجأ المريض الى تقبل حقيقة مرضه وتفهم ما إصابه ويحاول استخدام استراتيجيات التعامل المختلفة التي من شأنها أن تقلل من تفاقم المرض بشكل متزايد التي تساعد المريض على التكيف والتأقلم، فيترتب عليه محاولة المريض تجاوز المحنة التي يمر بها وعقد العزيمة والإرادة في مسيرة العلاج.

خامساً:مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس: "هل توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين نوعية الحياة وإستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد؟"؛

أظهرت النتائج المتعلقة بهذا السؤال ما يلي: ان كافة العلاقات بين نوعية الحياة وابعادها من جهة، واستراتيجيات التعامل وابعادها من جهة اخرى لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد، كانت طردية (موجبة)، إلا أن هناك علاقة ضعيفة جداً بين نوعية الحياة وأبعادها من جهة وبين البعد الديني لإستراتيجيات التعامل من جهة أخرى.

يفسر الباحث هذه النتيجة انه من الطبيعي كلما زاد استخدام استراتيجيات التعامل مع المرض زاد مستوى نوعية الحياة، حيث ان استخدام استراتيجيات حل المشكلات والتكيف الايجابي والمواجهة والتقبل والتفريغ العاطفي والاسترخاء والترفيه والدعم الاجتماعي.

كما يعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن إستراتيجيات التعامل ترتبط في العادة بشعور الفرد بالرضا عن نوعية حياته وتحقق أهدافه؛ لذا فإن المريض الذي يشعر بعدم قدرته على وضع

أهداف و تحقيقها، وعدم قدرته على تغيير كل ما يحيط به مع ما يتلائم مع أهدافه، يعزز لديه الشعور باليأس مما يلجأ الفرد الى الهروب وعدم الرضا عن نوعية الحياة.

يفسر الباحث لجوء المريض إلى استخدام استراتيجيات التعامل للوصول الى حالة من السلام والأمن الداخلي والراحة والطمأنينة للتكيف وتقبل مرضه، فمثلاً اللجوء الى التفريغ العاطفي حيث يرى الباحث أن هذه الاستراتيجية تعمل على التنفيس الانفعالي والتخلص من الافكار والمشاعر السلبية المتعلقة بالمرض، بالتالي هذا يحسن من نوعية حياة المريض العاطفية في مواجهة المرض.

كما ان استخدام استراتيجية حل المشكلات والتكيف الايجابي من خلال البحث عما هو جديد عن المرض وطرق علاجه ومتابعة حالته المرضية والاقتناع بالقدرة على التعامل والتعايش مع الحالة المرضية واتباع الفحوصات الدورية للمرض والحديث الذاتي الايجابي مع النفس، حيث يرى الباحث ان كل هذه الأساليب تسهم في رفع مستوى نوعية الحياة بشكل ايجابي.

وفي تفسير وجود علاقة ضعيفة جداً بين البعد الديني ونوعية الحياة وأبعادها، حيث أنه يمكن أن يكون هؤلاء المرضى مما يعايشوه من أعراض مرضية ومحنة نفسية والتي يمرون بها، يعيشون في مرحلة من الاحباط واليأس وفقدان الأمل وعدم الايمان بقضاء الله وقدره، فأبعدهم هذا الشعور والمعاناة التي يمرون بها من التقرب واللجوء إلى الله.

اتفقت مع دراسة سكيبر وويسميث وتورك وويردز وكقلر (schipper, wiesmeth, twork, wirtz, & kugler,2011) التي اشارت نتائجها الى ان انخفاض استخدام استراتيجيات المواجهة يرافقها انخفاض في الصحة المرتبطة بنوعية الحياة لدى مرضى التصلب

اللويحي المتعدد، واتفقت هذه النتيجة مع دراسة (Cleary, 2006) التي أشارت نتائجها إلى أن زيادة استخدام إستراتيجيات المواجهة بالتكيف مرتبط بزيادة الشعور الشخصي لنوعية الحياة، واتفقت هذه النتيجة مع دراسة مكابي وستوكس ومكدونالد McCabe, Stokes, & Mcdonald, 2009) التي أظهرت أنه مع مرور الوقت فإن نوعية الحياة لهؤلاء المرضى تزداد تحسناً وكذلك التكيف العاطفي والإجتماعي للمرضى، كما اتفقت مع دراسة هولت (Howlett, 2010) التي أظهرت نتائجها أن هناك علاقات ذات دلالة إحصائية بين عوامل المرض وإستراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة الجسدية، وأن هناك علاقة دالة إحصائيا بين الدعم الإجتماعي ونوعية الحياة العقلية .

اختلفت هذه النتيجة مع دراسة لودي وآخرون(Lody et al., 2007) التي بينت نتائجها انه لم يتحسن التكيف مع مرور الوقت, على الرغم من أن المرضى أيضا استخدمو إستراتيجيات لتعزيز حياتهم.

التوصيات:

في ضوء ما توصلت أليه الدراسة من نتائج يوصي الباحث بما يلي:

- استثمار نتائج الدراسة الحالية من قبل المسؤولين والمهتمين والمختصين في الميدان الطبي والنفسي، لهذه الفئة من المرضى.
- وضع البرامج التثقيفية والإرشادية والطبية والاستراتيجيات المناسبة حول مرض التصلب اللويحي، والتي تساهم في تحسين أنماط حياتية وتدابير علاجية تؤدي إلى مستوى مناسب من نوعية الحياة.
- إجراء المزيد من الدراسات والبحوث تتناول نوعية الحياة بأبعادها واستراتيجيات التعامل لدى هذه الفئة من المرضى، حيث أن الدراسات العربية التي تناولت هذه المتغيرات على هذه الفئة من المرضى قليلة جداً.
- تفعيل دور جمعية التصلب اللويحي المتعدد لتقوم بدور فاعل وحقيقي تجاه مرضى التصلب التصلب اللويحي، من حيث توفير آليات الدعم والتنسيق مع المؤسسات الحكومية والخاصة.
- أن تقوم وزارة الصحة بأنشاء قاعدة بيانات الكترونية من أجل تسجيل المعلومات والبيانات الخاصة بهذه الفئة من المرضى، ليتم الرجوع إليها في الابحاث والدراسات اللاحقة، وذلك لوجود بعض الصعوبات في الحصول على المعلومات الخاصة بهذه الفئة من المرضى.

قائمة المراجع

المراجع العربية:

إبو سريع، أسامه ومحمد أنور، عبير وإسماعيل، صفاء. (2006). أثر برنامج تنمية المهارات الحياتية في تجويد جودة الحياة لدى تلاميذ مدارس التعليم العام بالقاهرة الكبرى. *ورقة مقدمة في ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس*، عُمان، 17-19 ديسمبر، 2006.

الأطرش، شهلا. (2000). *مصادر الضغط النفسي وإستراتيجيات التوافق لدى طلبة السنة الدراسية الأولى وطلبة السنة الدراسية الرابعة في الجامعة الأردنية*. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

آغاء، محمد. (2011). سن البدء ودرجة العجز في التصلب اللويحي لدى عينة من المرضى في سوريا. *مجلة جامعة دمشق للعلوم الصحية*، 27(1)، 111-119.

البحوه، عصام. (2011). التصلب اللويحي المتعدد. التقدم العلمي، 72، 66 – 72.

بني يونس، محمد. (2002). *علم النفس الفسيولوجي*. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

تلاحمه، أحمد. (2006). *الدعم الإجتماعي وإستراتيجيات التكيف لدى الأطفال المعرضين للخطر في الأردن*. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، اربد، الأردن.

جاد الله، باسل. (2008). *مشكلات الآباء والأمهات الناجمة عن إصابة أبنائهم بالسرطان في الأردن وإستراتيجيات التعامل معها*. رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

حاج امحمد، يحيى. (2013). *الذكاء الإنفعالي وإستراتيجيات التوافق النفسي لدى طلبة جامعة اليرموك في ضوء بعض المتغيرات*. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة اليرموك، اربد، الأردن.

الحسن، ناصر. (1997). الأعراض الألمية في التصلب اللويحي. *مجلة جامعة دمشق*، 2 (13)، 73–99.

حسين، طه وحسين، سلامه. (2006). *إستراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية*. عمان: دار الفكر.

الخفش، سهام. (2001). *إستراتيجيات مع الضغوط النفسية التي يستخدمها آباء الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة*. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

الداهري، صالح حسين. (2005). *مبادئ الصحة النفسية*. الأردن: دار وائل للنشر.

رضوان، فوقية. (2006). علم النفس التطبيقي وجودة الحياة. *ورقة مقدمة في ندوة علم النفس وجودة الحياة*، جامعة السلطان قابوس، *عُمان*، 17–19 ديسمبر ،2006.

رمضان، زعطوط. (2013). *نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات*. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة قاصدي مرباح – ورقلة، الجزائر.

عسكر، علي. (2002). *ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها: الصحة النفسية في عصر التوتر والقلق*. الكويت: دار الكتاب الحديث.

عودة، احمد. (2010). *القياس والتقويم في العملية التدريسية*. اربد: دار الأمل للنشر والتوزيع.

الغباشي، سهير وشويخ، هنا. (2009). بعض منبئات نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى الكبد الفيروسي"C" المزمن. *دراسات نفسية*، 5(2)، 217–260.

كتلو، كامل وعبدالله، تيسر. (2001). نوعية الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية. *علم النفس*، 24(88)، 64–89.

الكراسنة، صدام. (2010). *الحالات الإنفعالية السائدة ومستوى الإكتئاب ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة من الأفراد المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد في الأردن*. رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

الكرخي، خنساء. (2011). جودة *الحياة لدى المرشدين التربويين وعلاقتها بالذكاء الإنفعالي*. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة ديإلى، العراق.

مبارك، بشرى. (2011). جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الإجتماعي لدى النساء المتآخرات عن الزواج. *مجلة كلية الاداب، جامعة ديإلى*، (99)، 714–771.

مصطفى، نورا. (2006). *أعراض الضغط النفسي وإستراتيجيات التكيف لدى النساء المعنفات وغير المعنفات*. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

المطيري، احمد. (2007). *إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية لدى طلبة كلية التربية الأساسية في دولة الكويت*. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن.

المغدري، احمد. (2004). *إستراتيجيات التكيف لضغوط بيئة السجن وعلاقتها بالأبعاد الأساسية للشخصية لدى السجناء في سلطنة عُمان*. رسالة ماجستير غير منشوره. الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

ملحم، نسرين. (2007). *مصادر ومستويات الضغوط النفسية وإستراتيجيات التكيف معها لدى الأفراد المعوقين بصرياً وأسرهم في سوريا*. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

الموصلي، وداد و محمد، حسن. (2007). *الصحة النفسية*. عمان: دار زهران للنشر والتوزيع.

المومني، فواز والزغول، رافع. (2011). إستراتيجيات التعامل لدى الناجين والأسر المتضررة من تفجيرات فنادق عمان. *دراسات العلوم الإنسانية والإجتماعية*، 38(2)، 391-411.

الهابط، محمد. (1985). *التكيف والصحة النفسية*. الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

الهمص، صالح. (2010). *قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة وعلاقتها بجودة الحياة*. رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الإسلامية، غزة.

الهنداوي، محمد. (2011). *الدعم الإجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين* حركياً *بمحافظة غزة*. رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الإسلامية، غزة.

المراجع الاجنبية:

Agboizebeta, I., & Chukwuyeni, O. (2012). Cognitive analysis of multiple sclerosis. *International Journal of Articial Intelligenc Applications, 1(3)*.

Anderson, S. (2003). *Quality of life theory denmark*. Quality of life research center.

Atwater, E. (1990). *Psychology of adjustment: personal growth in changing world*. New York: Cliffs printice- hall.

Baamstarck, K., Pelletier, J., Butzkueren, H., Fernandez, O., Flachenecker, P., Idiman, E., Stecchi, S., Boucekine, M., & Auquier, P. (2013). Health rlated quality of life as an independent predict or of long- term disability for patients with rlapsing – rmitting multiple sclerosis. *European Journal of Neurology, 20,* 907-914.

Balcer, L., Galetta, S.L., Calabresi, P.A., Confavreux, C., Giovannoni, G., & Havrdova, E. (2007). Natalizumab reduces visual loss in patients with relapsing multiple sclerosis. *Neurology,* 68(16), 299-304.

Bendett, G., Emilio, P., Valentina, Z., Bahia, H., Gianfranco, S., sandro, S., & Maria, A. (2010).Impac of cognitirment on coping strategies in multiple sclerosis. *Clinical Neurology and Neurosurgery,* 112(2), 127.

Benedetta, Q., Emilio, P., Valentine, Z., Bahia, H., Gian Franco, S., Sandro, S., & Maria, A. (2009). Coping strategies psychological

variables and their relation ship with quality of life in multiple sclerosis. *Neurological Sciences,* 30(1), 15-20.

Bognar, B. (2005). The conuest of quality of life. *Journal Social Theory and Practice,* 4(3)*,* 561- 569.

Bonomi, E., Patrick, L., Bushnel, M. (2000). Valldation of the United States Version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Measurement. *Journal of Clinical Epidemiology,* 53(1)*,* 1-12.

Brajkovic, L., Bras, M., Milunovic, V., Busic, I., Boban, M., Loncarm Z., Mickovic, V., & Gregurek, R. (2009). The connection between coping mechanisms depression anxiety and fatigue in multiple sclerosis. *Coll Antropol,* 33(2), 135-140.

Cincotta, N. (1993). Psychosocial issues in the world of children with cancer. *Cancer Supplement,* 71(1), 3251-3259.

Cleary, C. (2006). *A mixed exploeatoey quantitative study of the relationship between coping and quality of life in multiple sclerosis*. Unpuished doctoral dissertation, the Chicago school of professional, U.S.A.

Dayapoglu, N., & Tan, M. (2011). Quality of life in relapsing – remitting multiple Sclerosis. *Pakj Med Sci Journal,* 27(1), 133-137.

Dayapoglu, N., Tan, M. (2011). Quality of life in relapsing-remitting multiple sclerosis. *Pak J Med Sci*, 27(1), 133-137

Gorettig, B., Portaccio, E., Zipoli, V., & Amat, M.P. (2010). Coping strategies cognitive impairment psychological variables and their

relationship with quality of life in multiple Sclerosis. *Neurological Sciences,* 31(2), 227-230.

Hinkle, D., Wiersma, W., Jurs, S.G., (1988). *Citation of applied statistics for the behavioural sciences second edition*. Boston: Houghton mifflin company.

Howlett, M. (2010). *Factors contributing to the quality of life among individuals with multiple sclerosis: Coping strategies and social support*. Unpublished Master Thesis, University of Arkansas.

Kleinke, C. (1990). *Coping with life challenges*. California: Brooks Cole publishers.

Kuspinar, A., Maria, A., & Mayo, N. (2012). The effects of clinical interventions on health – related quality of life in multiple sclerosis : A meta-analysis. *Multiple Sclerosis Journal,* 18(12), 1686-1704.

Leon, B., Mitchell, A.J., navera, J., & Qonzalez, J.M. (2013). Impaired health- releted quality of life progression disability in multiple sclerosis. *European Journal of Neurology,* 20, 79-86.

Littleton, H., Horsley, S., John, S., & Nelson, D. (2007). Trauma coping strategy and psychological distress: A meta analysis. *Journal of Traumatic Stress,* 20(6), 977-988.

Lode, K., Bru, E., Klevan, G., Myhr, K.M., Nyland, H., & Larsen, J.P. (2010). Coping with multiple sclerosis: a 5- yaer follow- up study. *Acta Neurol Sacnd,* 122, 336-342.

Lode, K., Larsen, J.P., Bur, E., Klevan, G., Myhr, K.M., & Nyland, H. (2007). Patient information and coping styles in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis,* 13, 792-799.

McCabe, M. (2006). A Longitudinal Study of Coping Strategies and Quality of Life Among People with Multiple Sclerosis. *J Clin Psychol Med Settings,* 13(1), 369- 379.

McCabe, M., Stokes, M., M.C. Denald. (2009). Changes in quality of life and coping among people with multiple sclerosis over a 2 year period. *Psychology Health Medicine,* 14(1), 86 – 96.

Milanlioglu, A., Ozdemir, P.G., Cilingir, V., Golec, T.C., Aydin, M.N., & Tombul, T. (2010). *Coping strategies and mood profiles in patients with frontal cognitive disorders*. Turkey: Neurology division Erzurum hospital.

Montel, S., Albertini, L., Desnuelle, C., Spitz, E. (2012). Evolution of quality of life, mental health, and coping strategies in amyotrophic lateral sclerosis: A pilot Study. *Journal of Palliative Medicine,* 15(11), 1181- 1184.

Montel, S., Bungener, C. (2007). Coping and quality of life in one hundred and thirty five subjects with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis,* 13, 393-401.

Montel, S., Spit, E., & Bungener, C. (2012). Coping strategies in multiple sclerosis patients with frontal cognitive disorders. *European Neurology,* 68(2), 84-88.

Moos, R., & Holahan, C. (2004). Dispositional and contextual perspectives on coping toward an integrative framework. *Journal of Clinical Psychology,* 59(12), 1387-1403.

Mosson, M., Peter, L., & Montel, S. (2010). Impact of physical activity on alexithymia and coping strategies in an over-40 multiple sclerosis population: A pilot study. *Revue Neurologigue,* 170(1), 19-25.

Park, A., Turnbull, p., Rutherford, H., & Turnbll, J. (2002). Impact of poverty quality of life in families of children with disabilities. *Exceptional Journal Children,* 2(68), 151-154.

Pavol, M., Iveta, N., Martina, M., Marianna, V., Jaroslav, R., Jarmila, S., Zuzana, G., Johan, G., & Jitse, V.D. (2014). Coping and jts importance for quality of life in patient with multiple sclevosis. *Disability & Rehabilitation,* 36 (9), 732-736.

Polen, D.M. (2006). *MS control coping and social support: Rrlationship to depression in multiplesclerosis*.Unpublished dotoral dissertation, The Pennsylvania stat university.

Reine, G., Lancon, C., Tucci, S., Sapin, C., & Auquier, P. (2003). Depression and subjective quality of life in chronic phase schizophrenic patients. *Psychiatrica Scandinavica,* 1(48), 377-378.

Roszak, B.L., Baczyk, K., Pierzchal, K., Horyniecki, M., Majchrza, A., Mutryn, D.A., Kosalka, K., Michalski, K., Pyszak, D., & Wach, J. (2013). Quality of life in multiple sclerosis association with clinical features fatigue and depressive syndrome. *Psychiatria Polska,* 2(3), 433-442.

Sandberg, A. (2005). Comparative study of stress and coping between nurses working with children and nurses working with elderly. *Psychology C.D,* 17, 24-39.

Schairer, L., Foley, F., Zmon, V., Tyry, T., Marrie, R., Campagnolo, D., Gromisch, E., Schairer, D. (2014). The impact of sexual dysfunction on health- related quality of life in people with multiple scleosis. *Multiple Sclerosis Journal,* 20(5), 610-616.

Schipper, S., Wiesmeth, S., Wirtz, M., Twork, S., & kugler, J. (2011). Coping strategies and health – related quality of life in multiple sclerosis patients. *Psychother Psychosom Med Psychol,* 61 (8), 347 – 355.

Smeltzer, S., Bare, B., Hinkle, J.., & Cheever, K. (2008). *Bruner suddarth's textbook of medical-Surgical*. U.S.A: Lippincott Williams & wilkins.

Stage, S., Long, S., Mason, g., Krishnan, S., & Riger, S. (2007). Intimate partner violence social support and employment in the post welfare reform. *Journal of Interpersonal Violence,* 22(3), 345-367.

Stark, J., & Goldspury, T. (1990). Quality of life from childhood to adulthood. *Perspective and Issues,* 3, 71-84.

Tadic, D., & Dajic, V. (2013). Quality of life in patients with multiple sclerosis in republic of stpska. *Medicinski Glasnik,* 10(1), 113-119.

Unver, V., Kilic, B., Bolu, A., & Demirkaya, S. (2012). An analysis of the fatigue- related factors and coping strategies in multiple sclerosis patients. *Journal of Neurological,* 29(2)*,* 306-315.

Ventegodt, C. (2003). Mesurment of quality of life. *The Scientific World Journal,* 1(3), 1030-1040.

World Health Organization. (1996). *Whoqol – Bref*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2002). *World Health Report: Reducing risks promoting healthy life*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2008). *Atlas multiple sclerosis*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2013). *Atlas multiple sclerosis*. Geneva: World Health Organization.

Wynia, K., wijlen, A.T., Middel, B., Reijneveld, S.A., & Meilof, J.F. (2012). Change in disability profile and quality of lifein multiple sclerosis patients: A five- year longitudinal study using the multiple sclerosis impact profile. *Multiple Sclerosis Journal, 18(5),* 654-661.

الملاحـــــق

ملحق (1)

أسماء المحكمين

أسماء الأساتذة الذين قاموا بتحكييم المقاييس لهذه الدراسة:

المحكم	الرتبة العلمية	الجامعة
الأستاذ الدكتور عدنان العتوم	أستاذ – علم نفس	جامعة اليرموك
الأستاذ الدكتور رافع الزغول	أستاذ – علم نفس	جامعة اليرموك
الدكتور فراس الحموري	أستاذ مشارك– علم نفس	جامعة اليرموك
الدكتور عبد الكريم جرادات	أستاذ مشارك– إرشاد نفسي	جامعة اليرموك
الدكتور قاسم سمور	أستاذ مشارك– إرشاد نفسي	جامعة اليرموك
الدكتور زايد بني عطا	أستاذ مشارك– قياس وتقويم	جامعة اليرموك
الدكتور فواز المومني	أستاذ مساعد – إرشاد نفسي	جامعة اليرموك
الدكتور أحمد الشريفين	أستاذ مساعد– إرشاد نفسي	جامعة اليرموك
الدكتور فيصل الربيع	أستاذ مساعد– علم نفس	جامعة اليرموك
الدكتورة دينا الجمل	أستاذ مشارك– أساليب تدريس لغة أنجليزية	جامعة اليرموك

الملحق (2)

استبانه تحكيم مقياس نوعية الحياة بصورته الأولية

جامعة اليرموك

كلية التربية

قسم علم النفس الإرشادي والتربوي

الأستاذ الدكتور/ الدكتورة: ....الفاضل/ الفاضلة

يقوم الباحث بدراسة بعنوان " نوعية الحياة وإستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد " وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير إرشاد نفسي، ولتحقيق أهداف الدراسة قام الباحث بتطوير مقياس لقياس نوعية الحياة، ولشعور الباحث وإيمانه بخبرتكم المميزة في مجال العلوم النفسية والتربوية فقد تمت الاستعانة بشخصكم الكريم لإبداء الرأي في الفقرات التالية والتي يفترض انتماؤها لمقياس نوعية الحياة. يرجى التكرم بقراءة الفقرات بعناية تامة وإبداء الرأي في مدى :

- إنتماء الفقرات للأبعاد المدرجة ضمنها.
- دقة وسلامة الصياغة اللغوية للفقرة.
- أي ملاحظات وتعديلات ترونها مناسبة.

مع جزيل الشكر وعظيم الإمتنان

الباحث

خالد حامد مهاوش

مقياس نوعية الحياة (Quality of Life)

فيما يلي عدد من الفقرات التي قد تتفق معها وقد لا تتفق. سيتم الإجابة على فقرات المقياس من خلال التدرج الخماسي (بدرجة كبيرة جداً، بدرجة كبيرة، بدرجة متوسطةً، بدرجة قلية، بدرجة قليلة جداً) وذلك بوضع إشارة (X) أمام كل فقرة حسب البديل الذي ترونه مناسباً.

الرقم	الفقرة	مدى السلامة اللغوية		مدى الانتماء للمجال	
		سليمة	بحاجة إلى تعديل	منتمية	غير منتمية
المجال الأول: الصحة الجسمية.					
.1	من رأيك إلى أي مدى يمكن أن يؤدي مرضك إلى عجزك عن القيام بالعمل. How much do you feel that pain prevents you from doing what you need to do?				
.2	حتي تستمر حياتك، ما مقدار الرعاية التي تحتاج إليها. How much do you need medical treatment to function in your daily life?				
.3	هل لديك الكفاية و الفاعلية الكافية للقيام بواجبات الحياة إليومية How satisfied are you with your ability toperform daily living activities?				
.4	ما مدى رضاك عن أدائك لواجباتك اليومية. Do you have enough energy for everyday life?				
.5	كم أنت قادر على التنقل هنا وهناك. How satisfied are you with your transport?				
.6	إلي أي مدى أنت راضٍ عن نومك. How satisfied are you with your sleep?				
.7	ما مدى رضاك عن قدرتك على العمل. How satisfied are you with your capacity for work?				

المجال الثاني: الصحة النفسية.					
				ما مدى استمتاعك بالحياة. How much do you enjoy life?	.8
				ما مدى شعورك بوجود معنى لحياتك. To what extent do you feel life to be meaningful?	.9
				إلي أي مدى يمكنك تركيز عقلك ببساطة. How well are you able to concentrate?	.10
				هل أنت متقبل لبنائك الجسدي. Are you able to accept your bodily appearance?	.11
				ما مدى رضاك عن نفسك. How satisfied are you with yourself?	.12
				كم مرة شعرت فيها بالحزن ، الإكتئاب ، والقلق How often do you have negative feelings, such as blue mood, despair, anxiety, depression?	.13
				ما هو مدى رضاك عن حالتك الصحية. How satisfied are you with your health?	.14
المجال الثالث: العلاقات الإجتماعية.					
				ما مدى رضاك عن علاقاتك الشخصية. How satisfied are you with your personal relationships?	.15
				ما مدى رضاك عن حياتك الجنسية. How satisfied are you with your sex life?	.16
				كم أنت راضٍ عن المساندة الإجتماعية التي يقدمها لك أصدقاؤك. How satisfied are you with the support you get from your friends?	.17
				ماهو تقديرك لنوعية الحياة. How would you rate your quality of life?	.18

المجال الرابع: البيئة.					
.19	ما مدى شعورك بالأمن في الحياة. How safe do you feel in your daily life?				
.20	ما مدى الإهتمام الصحي في بيئتك الطبيعية. How healthy is your physical environment?				
.21	هل أنت كفء لإشباع احتياجاتك. To what extent do you have enough money to meet your needs?				
.22	ما مدى توافر المعلومات اللازمة و التي تحتاج إليها في حياتك اليومية. How available to you is the information that you need in your day-to-day life?				
.23	إلي أي مدى تتوافر لديك الفرصة للراحة و الاسترخاء. How well are you able to get around?				
.24	ما مدى رضاك عن سكنك أو المكان الذي تعيش فيه How satisfied are you with the conditions of your living place?				
.25	ما هو مدى رضاك عن الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع How satisfied are you with your access to health services?				
.26	ما هو مدى رضاك عن مزاجك ورحلاتك. To what extent do you have the opportunity for leisure activities?				

الملحق (3)

استبانه تحكيم مقياس إستراتيجيات التعامل بصورته الأولية

جامعة اليرموك

كلية التربية

قسم علم النفس الإرشادي والتربوي

الأستاذ الدكتور/ الدكتورة: ....الفاضل/ الفاضلة.

يقوم الباحث بدراسة بعنوان " **نوعية الحياة وإستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد** " وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير إرشاد نفسي، ولتحقيق أهداف الدراسة قام الباحث ببناء مقياس لقياس إستراتيجيات التعامل، ولشعور الباحث وإيمانه بخبرتكم المميزة في مجال العلوم النفسية والتربوية فقد تمت الإستعانة بشخصكم الكريم لإبداء الرأي في الفقرات التالية والتي يفترض انتماؤها لمقياس إستراتيجيات التعامل. يرجى التكرم بقراءة الفقرات بعناية تامة وإبداء الرأي في مدى :

- إنتماء الفقرات للأبعاد المدرجة ضمنها.
- دقة وسلامة الصياغة اللغوية للفقرة.
- أي ملاحظات وتعديلات ترونها مناسبة.

مع جزيل الشكر وعظيم الإمتنان

الباحث

خالد حامد مهاوش

مقياس إستراتيجيات التعامل(Coping strategies)

فيما يلي عدد من الفقرات التي قد تتفق معها وقد لا تتفق. سيتم الإجابة على فقرات المقياس من خلال التدرج الخماسي (بدرجة كبيرة جداً، بدرجة كبيرة، بدرجة متوسطةً، بدرجة قلية، بدرجة قليلة جداً) وذلك بوضع إشارة (X) أمام كل فقرة حسب البديل الذي ترونه مناسباً.

الرقم	الفقرة	مدى السلامة اللغوية		مدى الانتماء للمجال	
		سليمة	بحاجة إلى تعديل	منتمية	غير منتمية
	المجال الأول: حل المشكلات والتكيف.				
.1	أعالج مشكلاتي المرضية منذ بدايتها وبدون أي تأجيل				
.2	تعلمت التكيف مع الواقع بعد إصابتي بالمرض				
.3	أنظر لمرضي من جميع جوانبه المختلفة				
.4	أقوم بجمع المعلومات عن المرض الذي يواجهني وعلاجه				
	المجال الثاني: الدعم الإجتماعي.				
.5	أحصل على المشورة الصحية من مصادر الدعم المتوافرة في بيئتي				
.6	أحصل على المساعدة من الآخرين بعد إصابتي بالمرض				
.7	أتحدث إلى أصدقائي حول حالتي الصحية أو المرضية				
.8	أبحث عن شخص يستمع لهمومي المرضية				
.9	أطلب المساعدة من أحد أفراد أسرتي				
.10	أتحدث إلى شخص أكثر معرفة ودراية بالحالة المرضية أو الصحية				
	المجال الثالث: الإنسحاب والتجنب.				
.11	أتجنب المشاركة في الأعراس والحفلات الإجتماعية نتيجة مرضي				

.12	أتجنب مخالطة الناس بسبب مرضي				
.13	أفضل البقاء لوحدي بعد إصابتي بالمرض				
.14	ألجأ إلى التدخين للتخفيف من معاناتي المرضية				
.15	أتناول الطعام بشراهة بعد إصابتي بالمرض				
.16	الجأ إلى النوم لتجنب مواجهة الضغوط النفسية المرضية				
.17	الجأ للقراءة للتهرب من مواجهة المواقف الضاغطة				
.18	أستخدم الإنترنت لأتجنب مواجهة الآخرين				
.19	ألجأ للكذب كوسيلة للتهرب من حالتي المرضية				
.20	التفت إلى عمل أو نشاط آخر ليأخذني بعيدا عن التفكير بحالتي المرضية				
المجال الرابع: المعرفي.					
.21	أقنع نفسي بأني قادر على التكيف أو(التعامل) مع حالتي الصحية أو المرضية				
.22	أغير من اتجاهاتي لأخفف من نظرتي لمرضي				
.23	أحدث نفسي بطريقة إيجابية عن مرضي				
المجال الخامس: التفريغ العاطفي.					
.24	أتعامل مع الآخرين بعصبية نتيجة مرضي				
.25	أنهمك بالعمل لأنسى همومي بعد إصابتي بالمرض				
.26	أفكر بالأشياء السارة بدلا من الإنشغال في همومي المرضية				
.27	أكبت مشاعري حول همومي المرضية				

28.	أحطم كل ما هو أمامي لتفريغ طاقتي السلبية				
29.	ألجا إلى البكاء للتخفيف من معاناتي النفسية				
المجال السادس: الإسترخاء والترفيه.					
30.	أرفه عن نفسي بهوايتي المفضلة				
31.	أستمع للموسيقى للتخفيف من مشاعري السلبية				
32.	أشاهد البرامج التلفزيونية الطبية حول مرضي				
33.	أتخيل أو أتذكر كثيرا ما كنت عليه قبل المرض				
المجال السابع: التدين.					
34.	أصبح التزامي الديني أكثر من المعتاد				
35.	أقرأ القرآن الكريم أو أنصت إليه أكثر من السابق (قبل إصابتي بالمرض)				
36.	أصبحت أشاهد الفضائيات الدينية اكثر من السابق				
37.	أصلي أكثر من المعتاد				

الملحق (4)

مقياس نوعية الحياة بصورته النهائية

أخي الفاضل / أختي الفاضلة:

يقوم الباحث بدراسة حول " **نوعية الحياة وإستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد**". وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي، أرجو التكرم بالإجابة عن فقرات الإستبانة بوضع اشارة (x) أمام كل فقرة بحسب البديل الذي ترونه مناسباً. علماً بأن الإجابات ستعامل بسرية تامة ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط.

المعلومات العامة:

الجنس: ☐ ذكر ☐ انثى

العمر: (   ) سنة

الحالة الإجتماعية: ☐ أعزب ☐ متزوج ☐ أرمل ☐ مطلق

مدة الإصابة بالمرض: (   )

الدخل الشهري: (   )

مع جزيل الشكر وعظيم الامتنان

الباحث: خالد حامد مهاوش

E-email: mhawish41@yahoo.com

أرجو الإجابة عن فقرات المقياس وذلك بوضع إشارة (x) أمام كل فقرة حسب البديل الذي تراه مناسباً.

الفقرات		ينطبق على بدرجة				
		كبيرة جدا	كبيرة	متوسطة	قليلة	قليلة جدا
.1	أشعر بأن مرضي أصابني بالعجز عن القيام بعملي.					
.2	أحتاج إلى الرعاية حتى تستمر حياتي.					
.3	لدي القدرة على القيام بواجباتي اليومية.					
.4	أشعر بالرضا عن أدائي لواجباتي اليومية.					
.5	لدي القدرة على التنقل من مكان إلى آخر.					
.6	أشعر بالرضا عن نومي.					
.7	لدي القدرة على العمل.					
.8	أستمتع بحياتي.					
.9	أشعر بأن لحياتي معنى.					
.10	أستطيع أن أركز عقلي على الأداء.					
.11	اشعر بالرضا عن مظهر جسدي.					
.12	أشعر بالرضا عن نفسي.					
.13	أشعر بالحزن والضيق.					
.14	أشعر بالرضا عن حالتي الصحية.					
.15	أشعر بالرضا عن علاقاتي مع الآخرين.					
.16	أشعر بالرضا عن الدعم الإجتماعي المقدم لي من أصدقائي.					
.17	أشعر بالرضا عن نوعية حياتي.					
.18	أشعر بالأمان في حياتي اليومية.					
.19	أتمتع في بيئة صحية.					
.20	لدي القدرة على إشباع احتياجاتي المختلفة.					
.21	تتوافر المعلومات الضرورية التي أحتاج إليها في حياتي اليومية.					
.22	لدي فرصة للراحة والاسترخاء.					
.23	أشعر بالرضا عن المكان الذي أعيش فيه.					
.24	أشعر بالرضا عن توافر الخدمات الصحية.					
.25	آخرج في رحلات ترفيهية.					

الملحق (5)

مقياس إستراتيجيات التعامل بصورته النهائية

أخي الفاضل / أختي الفاضلة:

يقوم الباحث بدراسة حول " **نوعية الحياة وإستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد**". وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي، أرجو التكرم بالإجابة عن فقرات الإستبانة بوضع اشارة (x) أمام كل فقرة بحسب البديل الذي ترونه مناسباً. علماً بأن الإجابات ستعامل بسرية تامة ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط.

المعلومات العامة:

الجنس: ☐ ذكر ☐ انثى

العمر: (   ) سنة

الحالة الإجتماعية: ☐ أعزب ☐ متزوج ☐ أرمل ☐ مطلق

مدة الإصابة بالمرض: (   )

الدخل الشهري: (   )

مع جزيل الشكر وعظيم الامتنان

الباحث: خالد حامد مهاوش

E-email: mhawish41@yahoo.com

أرجو الإجابة عن فقرات المقياس وذلك بوضع اشارة (x) أمام كل فقرة حسب البديل الذي تراه مناسباً.

	الفقرات	ينطبق على بدرجة				
		كبيرة جداً	كبيرة	متوسطة	قليلة	قليلة جداً
.1	أعالج مشكلاتي المرضية عند ظهورها دون تأجيل.					
.2	أتكيف مع الواقع رغم معاناتي المرضية.					
.3	يقدم الأطباء لي الإستشارة الصحية المناسبة.					
.4	تمنحني أسرتي الرعاية والإهتمام الكافي.					
.5	ألجأ إلى التدخين للتخفيف من معاناتي المرضية.					
.6	ألجأ إلى النوم حتى لا أفكر بمرضي.					
.7	أصبحت أكثر عصبية بعد مرضي.					
.8	أكبت مشاعري المرتبطة بمرضي.					
.9	أرفه عن نفسي بممارسة هوايتي المفضلة.					
.10	أستمع للموسيقى للتخفيف من مشاعري السلبية.					
.11	أصبح التزامي الديني أكثر من المعتاد.					
.12	أقرأ القرآن الكريم أو أنصت إليه أكثر من السابق.					
.13	أنظر لمرضي نظرة شمولية.					
.14	أبحث عن كل ما هو جديد عن مرضي وطرق علاجه.					
.15	أتجنب المشاركة في المناسبات الإجتماعية المختلفة.					

16.	أتجنب مخالطة الناس بسبب مرضي.					
17.	ألجأ للكذب كوسيلة للتهرب من حالتي المرضية.					
18.	أفكر بالأشياء السارة بدلا من الإنشغال في همومي المرضية.					
19.	عندما أفكر بمرضي أحطم كل ما هو أمامي.					
20.	ألجأ إلى البكاء للتخفيف من معاناتي النفسية والمرضية.					
21.	أفكر كيف كنت وكيف أصبحت بعد المرض.					
22.	أصبحت أشاهد الفضائيات الدينية أكثر من السابق.					
23.	أصلّي أكثر من المعتاد.					
24.	أقنع نفسي بأني قادر على التعامل مع حالتي المرضية.					
25.	أغير من اتجاهاتي لأخفف من نظرتي لمرضي.					
26.	أحدث نفسي بطريقة إيجابية عن مرضي.					

كتاب تسهيل مهمة (6)

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة اليرموك
YARMOUK UNIVERSITY

الرقم: ر/١٠٧/١/٣٠٢٦
التاريخ: ٢٥/رمضان/١٤٣٥هـ
الموافق: ٢٣/تموز/٢٠١٤م

دائرة رئاسة الجامعة

معالي وزير الصحة الأكرم

الموضوع: تسهيل مهمة الطالب خالد حامد علي مهاوش

تحية طيبة وبعد ،،،

يقوم الطالب **خالد حامد علي مهاوش**، ورقمه الجامعي (٢٠١٢٤٠٢٠٨٨)، بدراسة بعنوان **"نوعية الحياة واستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد"**؛ وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في التربية، تخصص إرشاد نفسي. ويستدعي ذلك تطبيق أداة الدراسة على عينة من مرضى التصلب اللويحي المتعدد في المستشفيات الحكومية والخاصة.

أرجو التكرم بالاطلاع والموافقة على تسهيل مهمة الطالب المذكور أعلاه .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

رئيس الجامعة

أ.د. عبدالله الموسى

تلفون: ٩٦٢٠٢٠٧٢١١١١١ فاكس: ٩٦٢٠٢٠٧٢٧٤٧٢٥ اربد- الأردن
Tel:962-2-7211111 Fax:962-2-7274725 Irbid-Jordan Email:yarmouk@yu.edu.jo http://www.yu.edu.jo

كتاب تسهيل مهمة (7)

جامعة اليرموك
YARMOUK UNIVERSITY

كلية التربية
مكتب العميد

الرقم: ك.ت/١٠٧/١١٤/٦٦٧
التاريخ: ١٨/محرم/١٤٣٦ هـ
الموافق: ١١/تشرين الثاني/٢٠١٤ م

عطوفة رئيس لجنة أخلاقيات البحث على الإنسان المحترم
مستشفى الملك المؤسس عبدالله الجامعي

تحية طيبة وبعد ،،،

يقوم الطالب **خالد حامد علي مهاوش**، ورقمه الجامعي (٢٠١٢٤٠٢٠٨٨)، وبإشراف الدكتورة حنان الشقران بدراسة بعنوان **"نوعية الحياة واستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد"**؛ وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في التربية، تخصص إرشاد نفسي. ويستدعي ذلك تطبيق أداة الدراسة على عينة من مرضى التصلب اللويحي المسجلين في المستشفى.

أرجو التكرم بعرض البحث المذكور أعلاه على لجنة أخلاقيات البحث على الانسان في المستشفى.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

عميد كلية التربية
أ.د/ غالب بواعنة
أ.د. يوسف السوالمة

تلفون: ٧٢١١١١١ – ٢ – ٩٦٢ +   فاكس: ٧٢١١١٣٦ –٢– ٩٦٢ +   اربد – الأردن
http://www.edu.jo   E-mail: fac_edu@yu.edu.jo   Irbid - Jordan   Fax : + 962 - 2-7211136   Tel: + 962 - 2 - 721111

كتاب تسهيل مهمة (8)

جامعـــة اليرمـــوك
YARMOUK UNIVERSITY

كليـــة التربيـــة
مكتـب العميـد

الرقم: ك.ت/١٠٧/١١٤/٩٧٠
التاريخ: ٢٣/رمضان/١٤٣٥ هـ
الموافق: ٢٠/تموز/٢٠١٤ م

السيد رئيس جمعية التصلب اللويحي المتعدد المحترم

الموضوع: تسهيل مهمة الطالب خالد حامد علي مهاوش

تحية طيبة وبعد ،،،

يقوم الطالب **خالد حامد علي مهاوش**، ورقمه الجامعي (٢٠١٢٤٠٢٠٨٨)، بدراسة بعنوان **"نوعية الحياة واستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد"**؛ وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في التربية، تخصص إرشاد نفسي. ويستدعي ذلك تطبيق أداة الدراسة على عينة من مرضى التصلب اللويحي المسجلين في الجمعية.

أرجـو التكرم بالاطـلاع والموافقـة علـى تسهيل مهمـة الطالب المذكور أعلاه .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

عميد كلية التربية

أ.د. أمل خصاونة

تلفون: ٧٢١١١١١ - ٢ - ٩٦٢ + فاكس: ٧٢١١١٣٦-٢-٩٦٢ + اربد – الأردن
Tel: + 962 - 2 - 721111 Fax: + 962 - 2 - 7211136 Irbid - Jordan E-mail: fac_edu@yu.edu.jo http://www.edu.jo

كتاب موافقة وتسهيل مهمة (9)

وزارة الصحة

الرقم تطوير/ 9195

التاريخ

الموافق ١٥/ ٩/ ٢٠١٤

مديـــــر ادارة التأميـــــن الصحـــي

مدير مستشفى.............................

تحية طيبة وبعد ،،،

أرفق طياً صورة عن كتاب مدير مستشفى البشير / رئيس لجنة أخلاقيات البحث العلمي رقم م ب أ / لجنة أخلاقيات /١٢٧٧٠ تاريخ ٢٠١٤/٩/١٤ بخصوص السماح لطالب الماجستير **خالد حامد علي مهاوش** اجراء بحث بعنوان :-

(نوعية الحياة واستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد)

عن طريق توزيع الاستبيان المرفق صورة عنه على مرضى التصلب اللويحي المتعدد المراجعين لادارة التأمين الصحي وكذلك المراجعين للمستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة .

أرجو التكرم بالإيعاز لمن يلزم تسهيل مهمة اجراء البحث اعلاه .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

مدير تطوير الموارد البشرية

الدكتورة فدوى الشوابكه

هـ م

المملكة الأردنية الهاشمية

هاتف ٥٢٠٠٢٣٠ ٦ ٩٦٢+ فاكس ٥٦٨٨٣٧٢ ٦ ٩٦٢+ ص.ب ٨٦ عمان ١١١١٨ الأردن. الموقع الإلكتروني: www.moh.gov.jo

كتاب تسهيل مهمة رقم (10)

General Director Office

مكتب المدير العام

مستشفى الملك المؤسس عبدالله الجامعي
King Abdullah University Hospital

هاتف: ٧٢٠٠٦٠٠(٢-٩٦٢) فاكس: ٧٠٩٥٧٧٧(٢-٩٦٢) ص.ب (٦٣٠٠٠١) اربد (٢٢١١٠) الأردن

Ref. ______
Date: ______

الرقم: ٢٠٠٥/١/١٣
التاريخ: ٦ محرم ١٤٣٦ هـ
الموافق: ١-١١-٢٠١٤ م

الأستاذ الدكتور يوسف السوالمة المحترم
عميد كلية التربية/ جامعة اليرموك

تحية طيبة وبعد،،،

إشارةً الى كتابكم رقم ك.ت/١٠٧/١١٤/٤٤١، بتاريخ ٢٠١٤/٩/٢١، والمتضمن النظر في البحث المقدم من طالب الماجستير خالد حامد علي مهاوش تحت إشراف الدكتورة حنان إبراهيم الشقران، كلية التربية/ قسم علم النفس الإرشادي التربوي/ جامعة اليرموك، بعنوان:

" نوعية الحياة واستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد"

واستناداً الى قرار لجنة أخلاقيات البحث على الانسان رقم ٢٠١٤/٨٠/٨، تاريخ ٢٠١٤/١٠/٢٨، يرجى العلم بموافقة لجنة أخلاقيات البحث على الانسان على إجراء البحث العلمي المشار اليه أعلاه في مستشفى الملك المؤسس، على أن يتم ذلك بالتنسيق مع الدائرة الطبية في المستشفى، والتقيد بالشروط التالية:

١. الإلتزام بسياسة البحث العلمي في المستشفى (رقم السياسة GM7601).
٢. الحفاظ على سرية المعلومات وأن لا تستخدم إلا لغايات البحث العلمي.
٣. لا يحتاج البحث الى نموذج تفويض من المشارك.
٤. تُعتبر الموافقة ملغاة تلقائياً بعد مرور عام من الحصول على موافقة لجنة البحث على الإنسان (IRB)، أوفي حال عدم تزويد اللجنة بنتائج البحث. (مرفق مع القرار نموذج إغلاق البحث)

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

ق.أ مدير عام المستشفى

أ.د. محمد الغزو

م. علم النفس الإرشادي والتربوي
للاطلاع وابلاغ الدكتورة الشقران
٢٠١٤/١١/٢٠

Tel.: (962-2) 7200600 Fax: (962-2) 7095777 P.O.Box: (630001) Irbid (22110) Jordan E-mail : kauh@just.edu.jo

Abstract

Mihawish, Khaled Hamed . Quality of life and coping strategies among patients with multiple sclerosis disorder.MA thesis, Yarmouk University, 2014 (Supervisor. Dr. Hanan Al Shoukran).

The study aimed to identify quality of life level and the prevalent coping strategies with multiple sclerosis disorder among patients with multiple sclerosis disorder and to identify the relationship between the two variables. Sample of the study consisted of (143) multiple sclerosis disorder patients selected using the convenient sampling procedures.

To achieve the aim of the study, the researcher used the Quality of Life Scale distributing on (4) domains: physical health, psychological health, social relationships and environment. In addition, Coping Strategies Scale was used and this scale distributed on (6) domains: problem solving and positive coping, social support, confrontation (withdrawal and avoidance), emotional ventilation, recreation and religiosity.

Results of the study indicated that quality of life level among patients with multiple sclerosis disorder was moderate. As for the individual domains of quality of life level, social relationships ranked first, followed by environment, physical health and psychological health, respectively.

Results of the study indicated that coping strategies level among patients with multiple sclerosis disorder was moderate. As for the individual domains of coping strategies, confrontation (withdrawal and avoidance), ranked first, then social support, emotional ventilation and

problem solving, positive coping, religiosity, and relaxation and recreation, respectively.

Results of the study indicated that all relationships between the quality of life as a whole construct and the individual domains of the construct from one hand and coping strategies on the other among patients with multiple sclerosis disorder were (positive) With the exception of the religious dimension of his weak relationship.

Results of the study indicated no significant differences between the two means scores for quality of life among patients with multiple sclerosis disorder due to gender, while results indicated significant differences between the two means scores for quality of life among patients with multiple sclerosis disorder due to social status and period of the disease.

Results of the study indicated no significant differences between the two means scores for coping strategies among patients with multiple sclerosis disorder due to gender, while results indicated significant differences between the two means scores for coping strategies among patients with multiple sclerosis disorder due to social status and period of the disease.

Key words: Quality of life, Coping strategies, Multiple sclerosis disorder